

الأمراض النفسية

والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال

الدكتور
أحمد محمد الزعبي
قسم علم النفس - كلية الآداب
اليمن/ السعودية







الأمراض النفسية

والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال



الأمراض النفسية

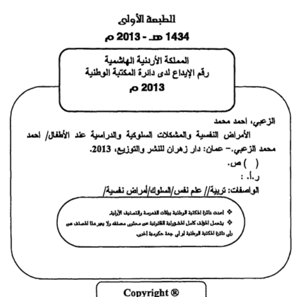
والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال

الدكتور

أحمد محمد الزعبي

أستاذ الإرشاد النفسي المشارك

دكتوراه في علم اللفس – جامعة لليزج/ألمانيا



الطبعة الأولى

1434 هـ - 2013 م

المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
2013 م

الزعبي، احمد محمد

الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال/ احمد محمد الزعبي.- عمان: دار زهران للنشر والتوزيع، 2013.

( ) ص.

ر.أ. :

الواصفات: تربية// علم نفس/السلوك/أمراض نفسية/

- أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية.
- يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

المتخصصون في الكتاب الجامعي الأكاديمي العربي والأجنبي

دار زهران للنشر والتوزيع

تلفاكس : 5331289 – 6 – 962+، ص.ب 1170 عمان 11941 الأردن

E-mail : Zahran.publishers@gmail.com

www.darzahran.net

إهـــداء

إلى أبنائي :

بسام ومحمد أمين وسامي وأسامة ورنا .

الذين شاركوني أصعب لحظات حياتي وتحملوا الكثير من أجلي لتحقيق كل ما أصبو إليه .

وفقهم الله إلى ما فيه الخير ، وجعل أيامهم زاخرة بالسعادة والعطاء الوفير .



بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

يهدف هذا الكتاب الموجه إلى الطلاب المتخصصين والباحثين والأطباء والأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين والآباء والمربين ، إلى تزويدهم بمعلومات دقيقة وعلمية واضحة بعيدة عن الإسهاب والتعقيد عن أهم الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية التي يُعاني منها الأطفال في طفولتهم المبكرة أو المتوسطة أو المتأخرة .

فالحاجة إلى معرفة هذه الأمراض والمشكلات أصبحت ضرورية وهامة أكثر من أي وقتٍ مضى . فالأطفال هم جيل المستقبل ، وأمل المجتمع المنتظر . ففي هذه المرحلة (مرحلة الطفولة) من العمر ترتسم أهم ملامح شخصية الإنسان المستقبلية . ولهذا فإن ما يتعرض له الطفل من أمراض أو مشكلات نفسية في خلال هذه المرحلة تترك انطباعاتها على شخصيته في المستقبل . فالكثير من المعالجين والمرشدين النفسيين والأطباء والآباء والمربين يحتارون في لغز الطفولة ومشكلاتها وأمراضها النفسية وكيفية التعامل معها ، والتي كثيراً ما تكون تجسيداً لاضطرابات أو مشكلات تعاني منها الأسرة ، وانعكست أعراضها على الأطفال على شكل أمراض أو مشكلات نفسية أو دراسية .

ولذلك فإن هذا الكتاب سيكون عوناً كبيراً في الإجابة عن الكثير من التساؤلات التي تدور في أذهان المعنيين بأمر الطفولة ، حيث تعرّض إلى الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية في ثمانية فصول أساسية موضحاً في كل مشكلة أو مرض نفسي المظاهر والأسباب وطرق الوقاية والعلاج من هذه الأمراض

والمشكلات .

ومن أجل تحقيق الهدف الذي وُضع من أجله هذا الكتاب ، حاولنا تضمينه نتائج أهم الدراسات والأبحاث التي أُجريت في بلدان عربية وأجنبية بالإضافة إلى خبرتنا الميدانية الطويلة في هذا المجال .

ولهذا فإن أملي كبير في أن أكون قد أعطيت موضوعات هذا الكتاب حقها من المناقشة والمعالجة ليتمكن القارىء من الاستفادة المباشرة من محتوياته ، وتكون عوناً له في مساعدة الأطفال سواء داخل الأسرة أو في المدرسة أو غير ذلك من مجالات .

والكتاب الذي بين أيدينا سيكون مرجعاً في المكتبة العربية ، حيث أن ما كُتب ونُشر في مجال الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال قليل حتى الآن .

والله ولي التوفيق .

المؤلف
الدكتور أحمد محمد الزعبي

الفصل الأول :

الأمراض النفسية عند الأطفال

ـ مفهوم المرض النفسي .
ـ أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال .
ـ أعراض الأمراض النفسية عند الأطفال .



الفصل الأول

الأمراض النفسية عند الأطفال

مفهوم المرض النفسي Neurosis :

عرّف زهران (١٩٧٨) المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، يؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه. والمرض النفسي أنواع ودرجات فقد يكون خفيفاً يضفي بعض الغرابة على سلوك المريض، وقد يكون شديداً مما يدفع المريض إلى الانتحار أحياناً. وتتباين أعراض الأمراض النفسية تبايناً كبيراً، منها ما يتمثل في عادات قهرية، ومنها ما يصل إلى حد الانفصال عن الواقع والعيش في عالم الخيال.

ولهذا نرى أن الأمراض النفسية عبارة عن اضطرابات نفسية ـ وظيفية تظهر على شكل أعراض نفسية وجسمية عديدة فتؤثر في توافق الشخص نفسياً واجتماعياً فتعيق إنتاجه وممارسة حياته بشكلٍ طبيعي.

أما فيما يتعلق بعلاج المرض النفسي فيتوقف ذلك على نوعه ومداه وحدته، فبعض الحالات تُعالج بزياراتٍ منظمة لأحد المعالجين أو المرشدين النفسيين، في حين أن البعض الآخر يحتاج إلى البقاء في المستشفى.

وموضوع الأمراض النفسية عند الأطفال يتطلب معرفة العوامل المؤثرة في حياة الطفل والتي منها تفرز مشاكله النفسية من خلال تأثيرها فيه وتأثره بها

وحري بمن يتناول موضوع الأمراض النفسية للأطفال أن يُلاحظ ويقيم سلوك الطفل وانفعالاته ومعاناته وآلامه على أساس فهم موضوعي لحالة الطفل

المريض التي تقوم أساساً على ضوء نموه الطبيعي، ونموه الحركي، وتطوره اللغوي ونضجه العقلي والانفعالي والاجتماعي . والجدير ذكره أنه من الجهل دراسة حالة الطفل المرضية ، بمعزل عن فهم الوضع الاجتماعي ، وكذلك بمعزل عن الأفكار والقيم والمفاهيم التي يتبناها الطفل في المجتمع أو يتعلمها فيه .

والأمراض النفسية عند الطفل لها مسميات عديدة : فهناك الاضطرابات النفسية الوظيفية ، وهناك الاضطرابات النفسية ذات المظهر العضوي. وتتميز هذه الأمراض النفسية بحدوثها كانعكاس لرد فعل . فإذا كان الخوف عند الطفل هو المسيطر ، فإن هذا يولّد لديه شعوراً بالقلق والاضطراب ويجعله يحس بالخطر وهذا ما يقوده إلى البحث عن الأمان عن طريق أساليب دفاعية ليتخلص من حالة الخوف التي تنتابه . وفي هذه الحالة يمكن القول أن كل حالة انفعالية يكون الغرض منها مواجهة حالة خطر ، ومن كونها رد فعل لفعل وتساعد على السيطرة على حالة الخطر والخوف تُعتبر حالة مقبولة . وهنا تخدم حالة الانفعال الغرض الذي أتت من أجله وتزول حالة الانفعال بعد ذلك . ولكن ليس كل حالة تنتهي على هذا المستوى ، فالذي يحصل أن بعض حالات الانفعال لا تهدأ ولا تحل المشاكل بهذه الكيفية ، وإنما يحصل لها إحباط بعد مقاومة ، وتتحول الحالة إلى حالة مزمنة ، مما يولّد نوعاً من الشعور بالضيق ، وعدم الرضا ، والقهر الداخلي والشعور بالظلم والمهانة والاكتئاب عند الطفل ، وتتحول الحالة من الشعور إلى اللاشعور .

وتشخيص الأمراض النفسية عند الأطفال يكون صعباً بعض الشيء ، إلا في حالة عدم وجود أعراض لأمراض عضوية ، فإن التشخيص يكون أسهل مما لو كانت الحالة يشوبها أي مظهر عضوي . لذا فإن تقييم حالة الطفل الجسدية من الأهمية بمكان في وضع التشخيص المناسب للحالة ، وكذلك فإنه لا بد من وضع تقييم متكامل لحالة الطفل النفسية والاجتماعية ، وكذلك تقييم لشخصية الطفل ومستواه الانفعالي .

كما أن علاج الأمراض النفسية للأطفال (الاضطرابات النفسية الوظيفية والأمراض النفسية ذات المظهر العضوي) ليس من السهل ممارسته وتحقيق تقدم بيسر وسهولة . فالكثير من الحالات يكون مصدرها وأسبابها متعددة ومتنوعة بالإضافة إلى الوضع الثقافي والاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل .

أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال :

إن لكل شيء سبباً وإنه لا شيء سيأتي من لا شيء . والمبدأ الرئيسي في أسباب الأمراض النفسية مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب .

فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث تكون رهينة لسبب واحد ، فمن الصعب أن نقول أن الأسباب الوراثية أو الاجتماعية وحدها السبب الوحيد الكامن وراء حدوث المرض النفسي ، بل تتعدد الأسباب إلى الحد الذي يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى أثر كل منها .

ومن أجل التسهيل يمكن تصنيف أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال إلى ثلاثة أقسام هي :

١ ـ الأسباب الحيوية (البيولوجية) :

وهي ما نُسميها الأسباب الجسمية أو العضوية المنشأ والتي تطرأ في تاريخ نمو الفرد . فالطفل له مكوناته البيولوجية التي ترتكز على المورثات ، والتي تشكل المرتكز المحوري لموضوع نقل الصفات الوراثية ، سواء من حيث الشكل أو اللون ، أو النمو في حالتي السلامة والمرض ، والتي على أساسها تظهر متطلباتها الاجتماعية والتطور والبقاء .

كما أن للطفل مكوناته الكيميائية والتي لها تفاعلها ضمن سياق النشاط الوظيفي لجسم الطفل ، لذا لا بد من فهم الطفل على أساس أن جسمه له نشاط وظيفي بشكلٍ تكاملي وتناسقي وتناغمي ، وأن كل عضو له نشاطه الذاتي الموجّه للقيام بمهامٍ معينة لم يقم بها أي عضو آخر غيره .

وقد تغلب الأسباب الفسيولوجية وتسود ويكون تأثيرها مباشراً ويُسمى حينئذٍ الاضطراب النفسي فسيولوجياً أو عضوي المنشأ .

ومن أهم الأسباب الفسيولوجية اضطراب وظائف الاستقبال الحسي « الحواس » ، وخلل الجهاز العصبي المركزي ، وخلل الجهاز العصبي الذاتي ، وخلل الجهاز الدوري ، وخلل الجهاز التنفسي ، وخلل الجهاز الهضمي ، وخلل

الجهاز البولي والتناسلي ، وخلل الجهاز الهيكلي .

٢ ـ الأسباب النفسية :

وهي أسباب ذات أصل ومنشأ نفسي تتعلق بالنمو النفسي المضطرب في الطفولة ، وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد ، واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية .

وأهم الأسباب النفسية : الصراع الذي يهدد الشخصية فتكون فريسة للمرض النفسي . ويتضح الصراع في تجنب الواقع ضد مواجهة الواقع ، والإعتماد على الغير ضد الاعتماد على النفس ، والإحجام والخوف ضد الإقدام والشجاعة والحب ضد الكره . . . إلخ .

كما أن الإحباط الذي يعوق الطفل عن إشباع حاجاته الأساسية ، والشعور بخيبة الأمل ، وتكرار مثل هذا الإحباط يؤدي إلى خيبة الأمل عند الطفل فيما يريد تحقيقه من أهداف ، وذلك لوجود عائق أو ظروف قاهرة أكبر من إراداته يقهر محاولاته للتغلب على العائق سعياً للوصول إلى أهدافه ، ويؤدي إلى تحقير الذات والقلق . كما أن الحرمان سواء أكان حرماناً حيوياً أم نفسياً ، أم بيئياً وعدم إشباع الحاجات الأساسية ، كالحاجات الحشوية والحسية ، والانفعالية ، والنفسية ، والاجتماعية ، ومن حب وحنان الوالدين ، كل ذلك يؤدي إلى انعدام الفرصة لتحقيق الدوافع أو انتفائها بعد وجودها .

٣ ـ الأسباب البيئية :

وهي الأسباب المحيطة بالفرد في البيئة أو المحيط الاجتماعي ، فالبيئة الاجتماعية التي نشأ فيها الفرد وتربى فيها ، والمؤثرات التي يخضع لها في طفولته ، تحدد سمات شخصيته سواء أكانت سوية أو غير سوية . فالطفل الرضيع الذي لم يحصل على عطف ودفء وحنان أمه ، ويتعرض لحالة الجوع ، وعدم شعور بالرضا والراحة ، يلجأ إلى التعبير عن ذلك بإحداث حركات عصبية ، وانفعالات حركية ، وقد تأخذ مظهراً حركياً وحشوياً من قبل الرضيع . كذلك يظهر عليه عدم الاستقرار والبكاء والصراخ والتقلب ، وقد يحصل عنده دفع ما في معدته إلى فوق ملابسه ، كما يلاحظ عليه مغص وتقلصات معوية مختلفة . كما أن

الصراع والشعور بالقلق والخوف والاضطرابات التي تحدث للطفل مع أشقائه وأصدقائه ومعارفه ، بالإضافة إلى بعض الصعوبات التي يواجهها في مدرسته ، قد تؤدي إلى أن يأخذ المرض عند الطفل مظهراً جديداً يتمثّل في الانهيار النفسي أو الاضطراب الوظيفي المتمثل بأمراض العصاب المختلفة عند الطفل .

ولكن لا يمكن تعميم ذلك على كل الأطفال . فبعض الأطفال تكون مظاهر المرض عندهم أكثر بروزاً وعمقاً من أطفال آخرين ، وهؤلاء يكون مظهر المرض لديهم أقل تأثيراً فيهم وأقل استجابة للمرض .

في حين أن النوع الأول قد يتطور المرض لديهم إلى حد إصابتهم بإعاقة جسدية أو وظيفية بالنسبة إلى بعض الأعضاء مما يجعلهم في صراع مع محيطهم وعالمهم. (الخليدي ، ١٩٨٧) .

٤ - تعدد العوامل في تفسير الأمراض النفسية عند الأطفال

إن أحدث اتجاه في تفسير الأمراض النفسية، هو الاتجاه المتعدد العوامل ، والذي يرى أن الأمراض النفسية لا ترجع إلى سبب واحد وإنما إلى تضافر وتفاعل مجموعة من العوامل النفسية والجسمية والاجتماعية والتربوية والأسرية والاقتصادية . . . إلخ . ويمكن التمييز بين العوامل المهيئة لحدوث المرض النفسي والتي تشكل خبرات الطفولة السابقة ، وما يتعرض له الفرد من ضغوط ومؤثرات تترسب خلال فترة حياته حتى تظهر إلى حيز الوجود بتأثير مجموعة من العوامل المساعدة والتي تكون بمثابة « القشة التي قصمت ظهر البعير » .

والعوامل المسؤولة عن حدوث المرض النفسي تختلف باختلاف الأفراد من حيث كم ونوع المثير اللازم لحدوث الانهيار . فالشخص المتزن يختلف ما يلزمه للاضطراب والمرض عن الشخص القلق ، المهتز والمتوتر ، والمستعد للإصابة بالمرض (عيسوي ١٩٨٤ م) .

أعراض الأمراض النفسية عند الأطفال :

يعبر العرض عن الاضطرابات الموجودة عند الطفل ، وعلامة من علامات المرض النفسي ، فكل الأمراض النفسية تُصنف على أساس الأعراض .

لذا فعند دراسة الأمراض النفسية وتمييز مرض نفسي عن آخر لا بد من ملاحظة الأعراض ودراستها بدقة وربطها بتاريخ حياة المريض .

هذا ولا يخلو إنسان من الأعراض . ويندر أن تجتمع الأعراض المميزة للمرض النفسي في مريض واحد . والفرق بين الشخصية السوية واللاسوية هو فرق في الدرجة وليس في النوع . وقد تغلب بعض الأعراض وتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أو مرضاً نفسياً قائماً بذاته مثال: القلق ، الخوف ، الوساوس ، إلخ . . . .

فالأعراض تكشف عن الحياة الخاصة للمريض ، وعادة تكون تعبيرات عن رغبات الفرد الدفينة وذكرياته المكبوتة ومخاوفه . كما تمثل الأعراض غالباً طرقاً خاطئة للتوافق وحلولاً عصابية للصراع ، وخططاً فاشلة للدفاع النفسي . هذا وتظهر أعراض المرض النفسي في شكل مجموعة أعراض (Syndrom) ، وهذه المجموعة المتآلفة من الأعراض هي التي تحدد المرض وتفرق بين مرض وآخر . كما أن للمرض معنى رمزياً يُشير إلى وجود اضطراب نفسي أو جسمي .

فظاهرة العدوان عند الطفل قد تكون تعبيراً عن حاجة لتأكيد الذات مثلاً . فالعرض قد يكون وسيلة لصيانة قيمة الذات ، وطريقة للتوافق النفسي . هذا وللأعراض أهداف قد تكون أهدافاً أولية (ذاتية) والتي يكون في تحقيقها مكاسب يفوز بها الفرد ولو على حساب خسائر من ناحية أخرى ، وأهم هذه الأهداف : السيطرة على القلق وخفض التوتر ، وحل الصراع أو العمل على حله باستخدام واحدة أو أكثر من حيل الدفاع النفسي ، وتحقيق أو تدعيم كبت وكف الدوافع التي يستقبحها الفرد ، وامتصاص الطاقة النفسية المنبثقة من الدوافع المكبوتة واستنفاد شحناتها . . . إلخ .

أما الأهداف الثانوية للأعراض فقد تكون في استدرار العطف ، واستلفات الانتباه من قبل الآخرين ، وكذلك الهروب من المآزق والمواقف العسرة ، والتخلص من المسؤولية الشخصية ، وتجنّب الأعمال التي لا يحبها الطفل ، وتعويض النقص أو العجز أو الحرمان ، والفوز بمحبة الآخرين ورعايتهم ومساندتهم كبدائل تحل محل الحرمان الماضي ، وكذلك وقاية الذات واحترامها والمحافظة على كيانها .

تصنيف الأعراض :

الأعراض متداخلة بشكلٍ كبير، وذلك لأن الجهاز النفسي ليس فيه أقسام مستقلة بعضها عن بعض ولكنها متكاملة . هذا وتختلف الأسس التي تصنف وفقها الأعراض وأهم هذه التصنيفات ما يلي :

١ - **الأعراض الداخلية** : لا تُلاحظ مباشرة ، وإنما تظهر من خلال تعبيراتها السلوكية مثال : الخوف .

٢ - **الأعراض الخارجية** : تكون ظاهرة وواضحة مثل فرط إفراز العرق في أثناء حالات القلق أو التجمد في حالة العصاب .

٣ - **الأعراض العضوية المنشأ** : تحدث نتيجة اضطرابات وتغيرات فسيولوجية أو أي جهازٍ آخر .

٤ - **الأعراض النفسية** : تنتج عن العمليات النفسية المضطربة التي تسببها عوامل داخلية وعوامل خارجية تُعتبر علاماتٍ بل محاولة المريض في جهاده وحربه ودفاعه ضد مشكلاته . والأعراض النفسية المنشأ تكون غالباً تعبيراً عن اللاشعور ، وبالتالي فالمريض لا يعي أصلها أو معناها بل يعي وجود ضغطٍ داخلي فيوجه هذه الأعراض كأسلحة لمقاومة هذا الضغط . وأهم الأعراض النفسية : اضطرابات التفكير ، واضطرابات الإدراك ، واضطرابات الذاكرة ، واضطرابات الوعي ، وكذلك اضطرابات الكلام ، والاضطرابات الانفعالية ، واضطرابات الحركة واضطرابات النوم . . . إلخ .

٥ - **أعراض نفسية جسمية** : وتشمل الاضطرابات في الجهاز الدوري ، والجهاز التنفسي ، والجهاز الهضمي ، والجهاز الغددي ، والجهاز البولي .

علاج الأمراض النفسية :

سوف نتحدث عن هذا الجانب عندما يتم الحديث عن الأمراض النفسية في الفصل الرابع ، حيث نتطرق إلى طرق الوقاية والعلاج لكل مرضٍ نفسي على حدة .



الفصل الثاني :

التنشئة الوالدية والأمراض النفسية عند الأطفال

ـ طبيعة التنشئة الوالدية .
ـ مفهوم التنشئة الوالدية .
ـ أهمية التنشئة الوالدية .
ـ العلاقة بين التنشئة الوالدية والأمراض النفسية للأطفال .



الفصل الثاني

التنشئة الوالدية والأمراض النفسية عند الأطفال

ـ طبيعة التنشئة الوالدية :

هناك اختلاف بين الطفل الإنساني والطفل الحيواني ، وذلك من حيث شدة حاجته إلى الرعاية والحماية ، وكذلك من حيث طول الفترة التي يقضيها قبل أن يستطيع الاعتماد على نفسه ، ويكون قادراً على مواجهة الحياة وتحمّل المسؤولية . فالسلوك الإنساني يتأثر بعوامل عديدة بعضها يعود إلى العوامل الوراثية واضطرابات الغدد ، والبعض الآخر يعود إلى العوامل البيئية والتي تتمثل في عمليات التعلّم ، والتنشئة الوالدية في الأسرة ، والعلاقات التي تتم بين الطفل وزملائه في المدرسة ، وكذلك من خلال المحيط الاجتماعي والثقافي العام الذي يعيش فيه الطفل . ونظراً للدور الذي تقوم به العوامل البيئية في تحديد وتشكيل السلوك الإنساني فقد تزايد الاهتمام من قِبل علماء النفس وعلماء الاجتماع بعملية التنشئة الاجتماعية « وهي العملية التي يتحول من خلالها الوليد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي ، وذلك من خلال عملية التفاعل مع الأسرة والمدرسة وبقية الأفراد الآخرين الذين لهم علاقة مع الطفل » .

وبذلك تُعتبر التنشئة الوالدية من أهم العوامل البيئية التي تتم من خلالها عملية التنشئة الاجتماعية . فقد أجمع علماء النفس باتجاهاتهم المختلفة على أن أساليب التربية التي يتبعها الوالدان في تنشئة أطفالها لها أكبر الأثر في تشكيل شخصياتهم في المستقبل ، وفي نوع الاضطرابات النفسية التي يتعرضون لها . ولهذا ترى نظرية التحليل النفسي أن السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل تُعتبر أهم سني حياته على الإطلاق ، وهي التي تترك آثاراً كبيرة في نفسية الفرد . كما يرى فرويد (١٩٥٢) أن أسباب المرض النفسي تعود إلى استعداد ناتج عن

الليبيدو . وهذا الاستعداد يتوقف على الخبرات الطفلية للفرد (انظر كفافي ، ١٩٨٩ ، ص ١٥) .

كما يرى السلوكيون (دولارد ، ميلر ، سيرز ، مورر) ان الإنسان يولد مزوداً باستعدادات أولية تشكل المادة الخام لشخصيته ، ثم تبدأ هذه الاستعدادات بالنمو والتطور والتعديل استناداً إلى مبادىء التعلم في الأوساط التربوية وخصوصاً الاسرة .

بالإضافة إلى ما يؤكده علماء النفس من العلاقة بين التنشئة الوالدية والإصابة بالأمراض النفسية ، فإن الأطباء النفسيين يقررون أن التنشئة الوالدية تلعب دوراً يتفاوت في أهميته في نشأة العصاب والذهان .

ـ مفهوم التنشئة الوالدية :

يشير مفهوم التنشئة الوالدية إلى نوع المعاملة التي يتلقاها الطفل من والديه في المنزل وطبيعة علاقته بهما . ويقصد بها كل سلوك يصدر عن الوالدين ويؤثر في الطفل وفي شخصيته سواء أقصد بهذا السلوك التوجيه أم التربية .

ولهذا تُعتبر التنشئة الوالدية موضع اهتمام كبير من قبل علماء النفس ، حيث أنها تُعتبر من أهم العوامل البيئية التي تؤثر في سلوك الإنسان وفي شخصيته ، ولهذا يتضمن مفهوم التنشئة الوالدية العمليات الآتية[1] :

١ ـ التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء استجابة الوالد أو الوالدة أو كليهما لسلوكه .

٢ ـ التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء أساليب الثواب والعقاب التي يتخذها الوالد أو الوالدة أو كلاهما بقصد تعليمه أو تدريبه .

٣ ـ التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء اشتراكه في المواقف الاجتماعية التي يتيحها له الوالد أو الوالدة أو كلاهما بهدف تعليمه الأساليب الصحيحة للسلوك في نظرهما .

٤ ـ التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء التوجيهات المباشرة والتعليمات

---

(١) كفافي ، علاء الدين : التنشئة الوالدية والأمراض النفسية ، دراسة أمبيريقية ـ كلينيكية ، القاهرة : هجر ، ١٩٨٦ ص ٥٦

اللفظية التي يوجهها الوالد أو الوالدة أو كلاهما بقصد توجيهه إلى الأساليب الصحيحة في السلوك .

٥ ـ التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء التعارض بين أسلوب الوالد وأسلوب الوالدة في طريقة تربية الطفل ، وأسلوب معاملته .

ـ مدى أهمية التنشئة الوالدية :

للتنشئة الوالدية أهمية كبيرة في التأثير في سلوك الطفل ونموه وشخصيته . فالتنشئة الوالدية تنطوي على الكثير من أساليب التفاعل مع الطفل ، والكثير من العادات والتقاليد وأساليب السلوك التي يمارسها الآباء من خلال عملية التنشئة الوالدية . كما يسود في كل أسرة جو خاص يحكم العلاقات بين أفرادها ، وهذا الجو وما يتصف به من دفء وحنان أو من قسوة وكراهية أو من ديمقراطية أو تسلطية أو تدليل يؤثر في شخصية الطفل وسلوكه في المواقف اليومية المختلفة .

ولهذا يكون للعلاقات النفسية التي يكوّنها الطفل مع أمه في السنوات الأولى من حياته أثرٌ في تحديد ملامح شخصيته ، فإذا لم تكن هذه العلاقة حميمة فإنه يكون من الصعب تكوينها فيما بعد . ويرى أريكسون Erikson (١٩٦٣) أن فترة الطفولة الأولى هي فترة الإحساس بالثقة والتغلب على الإحساس بعدم الثقة ، حيث يستمد الطفل ثقته بنفسه وبالآخرين من خلال علاقته بأمه .

بالإضافة إلى ذلك فإن دور الأم في مشاركة الطفل وجدانياً له أثر كبير في تربية الطفل ، فالأم التي تخصص وقتاً أطول في اللعب مع الطفل تكتسب وده وصداقته مما يؤدي إلى علاقة حميمة يسودها الدفء والتقبل . ولكن الدراسات أكدت أنه ليس المهم في عدد الساعات التي تقضيها الأم مع طفلها ولكن في نوعية التفاعل الحاصل بين الطفل وأمه ، إذ قد تقضي الأم وقتاً طويلاً مع الطفل في غرفة واحدة ، إلا أن التفاعل بينهما يكون ضعيفاً (الصراف ، ١٩٩١) .

ولهذا يرى كون Kohn (١٩٨٩) أن مستوى وعي الأم يعتبر عاملاً أساسياً في معاملة الطفل ، فالأم الواعية تهتم كثيراً بعملية تربية الطفل وذلك من خلال تأكيدها على أهمية الإشباع النفسي والسعادة والانضباط الذاتي للطفل ، في حين أن الأم المفتقرة إلى الوعي التربوي فإنها تهتم فقط بالمسايرة الاجتماعية أو الطاعة العمياء .

كما أثبتت الدراسات أن أطفال الأسر التي يسود فيها الجو الديمقراطي والذين كانوا سعداء انضباطيين في مرحلة الحضانة كانوا أكثر نشاطاً واجتماعية وأكثر رغبة في التطلع والاستكشاف . في حين أن أطفال الأسر التي تتبع أساليب التدليل والتحفظ كانوا أكثر خوفاً من التعرض للخطر وأكثر محافظة على أجسامهم وملابسهم ، وأن المهارات الكبيرة كانت لديهم أقل نمواً .

أما الأسر التسلطية فتنمي عند أبنائها التمييز العنصري والتعصب ، والخوف من السلطة أو الطاعة العمياء، أو تنشىء فرداً لديه مشاعر الذنب والقلق وفقدان الثقة بالنفس بشكل واضح . وهذا الأسلوب في التربية من شأنه أن يغرس أنماطاً تسلطية ، ونزعات عدوانية في سلوك الأبناء فيما بعد . ولهذا يقول كولي Cooley : « إن المجتمع مرآة يرى المرء فيها نفسه » فالطفل الذي يُعامل بالتسلط لا بد أن يظهر التسلط والعدوان في سلوكه . ويرى مورفي Murphy (١٩٧٣)، ووايت White (١٩٧٨) أن التزمت الشديد في التنشئة الوالدية يؤدي إلى ظهور اضطرابات سلوكية متعددة وخاصة القلق والتطرف الفكري والعقائدي ، وحالات الهستيريا .

كما أن للمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للوالدين أثراً في سلوك الطفل . فالأمهات الأكثر تعليماً والأفضل من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي أكثر ميلاً إلى توفير الاستقلال لأطفالهن ، وأكثر تعاوناً وميلاً إلى المساواة بين أطفالهن ، في حين أن الأمهات الأقل تعليماً والأدنى من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي كن أكثر ميلاً إلى الضبط والعقاب .

بالإضافة إلى ذلك فإن لحجم الأسرة ، وترتيب الطفل الميلادي بين أخوته ، ونوع جنس الطفل ، وعمر الوالدين ، كل ذلك يؤثر في أسلوب تنشئة الطفل ، ولكن كل واحد من هذه العوامل ليس هو المؤثر الوحيد وإنما يُعتبر أحد المؤثرات والذي يتفاعل مع غيره للتأثير في سلوك الطفل وشخصيته .

فقد وجد روزنبرغ Rosenberg (١٩٧٩) أن هناك اختلافاً جوهرياً بين أسلوب معاملة الطفل عند أمهات الأسر الكبيرة وأمهات الأسر الصغيرة ، وذلك بسبب الأجواء التربوية والنفسية والاجتماعية التي تتهيأ للطفل في كلا النوعين من الأسر . كما وجد بلوك Bullock (١٩٨٨) أيضاً أن علاقة الطفل المبكرة بالأم تتأثر إلى حدٍ ما بحجم الأسرة وعدد الأطفال لدى الأم ، حيث أنه كلما زاد عدد

الأفراد في الأسرة كلما كثرت مسؤوليات الأم ، وقلّ اهتمامها بالأبناء .

وفي دراسةٍ أخرى أجراها موليز وموليز Mullis & Mullis (١٩٨٧) على عينة من الأسر تتألف من ٨٦ أماً وأطفالهن ، تبين أنه كلما صغر عمر الام كان تأثيرها أكثر في عملية التفاعل مع الطفل ، وأنها تقضي وقتاً أطول في اللعب معه بالمقارنة مع الأمهات الأكبر سناً .

من جهةٍ أخرى فإن اتجاهات الوالدين نحو ذواتهم ينعكس على اتجاهاتهم نحو الآخرين ، حيث أن تقبل الذات يرافقه تقبل الآخرين ، وعدم تقبل الذات ينعكس على عدم تقبل الآخرين . ولهذا فإن الاتجاهات التي يكوّنها الطفل نحو ذاته ونحو الآخرين والتي تحدد سلوكه وشخصيته ، تنعكس تلك على إنجازه الدراسي وأساليب تفاعله مع الآخرين . وهذا يتوقف بدرجةٍ أساسية على مدى تقبّل الوالدين للطفل في طفولته المبكرة والتي تُعتبر كما ترى مدرسة التحليل النفسي أهم المراحل في تكوين شخصية الإنسان .

ـ العلاقة بين التنشئة الوالدية والأمراض النفسية للأطفال :

لقد أعارت النظريات النفسية والسيكاترية أهمية كبيرة للتنشئة الوالدية ولطبيعة العلاقات التي تتم بين أفراد الأسرة في نشوء المرض النفسي عند الأطفال ، منطلقة في ذلك من أن المريض هو الأسرة ، بمعنى أن الأسرة تشكل الأرض الخصبة لنشأة المرض النفسي .

ولهذا يرى بوين وآخرون .Bowen, et. al (١٩٦١) أن الأسرة وحدة واحدة ، والعضو المريض داخل الأسرة هو الشخص الذي عبرت عن طريقه الأسرة عن اضطرابها (فهو عرض لما تعانيه الأسرة من اضطراب) .

كما يرى باتسون وزملاؤه .Bateson, et. al (١٩٦٠) أن الطفل يقع فريسة للمرض النفسي عندما يتعرض الاتصال بينه وبين الأم للتشويه .

أما آكرمان Ackerman (١٩٥٨) فيركز على المناخ الوجداني والاتجاهات العاطفية المتفاعلة داخل الأسرة . حيث يرى أن الأسر المريضة يوجد عندها نوع من التناقض الوجداني بين ما يبدو على السطح وما يوجد في الداخل . فما يبدو على السطح يتصف بالهدوء والثبات والاستقرار ، ولكنه هدوء يتصف بالركود ،

وثبات أميل إلى الجمود . ويرى الوالدان أن الأشياء يجب أن تبقى كما هي ، حيث ينتشر نوع من الموت الوجداني في الأسرة . وهذا الجو ينعكس على التعامل بين أفراد الأسرة ويصبغها بصبغة اكتئابية . فالهدوء الظاهري المصطنع سرعان ما تمزقه بين الحين والآخر بعض الثورات العنيفة التي تبدأ من حادث بسيط ، ولكنه سرعان ما يشمل الأسرة كلها ، وينقلب الهدوء إلى ثورة غامرة وذعر شديد . ولهذا يصبح المنزل مكاناً موحشاً فارغاً من العلاقات الإنسانية الحميمة والدافئة . فكل شيء يفقد معناه داخل هذه الاسرة « فكل واحد ينظر إلى الآخر دون أن يراه » . كما تحرص مثل هذه الأسرة على تأكيد قيم التفاني الكاذب عند أبنائها وضرورة التضحية . لذا يشعر أبناء هذه الأسر بالقلق والشعور بالذنب مما يؤدي إلى سيادة مثل هذا الشعور عند كل أفراد الأسرة . ولهذا يسقط الفرد مشاعره على العالم الخارجي فيدركه عالماً قاسياً وغير آمن .

أما العالِم شولمان Shulman (١٩٦٨) فيعتقد أن الفصامي يُصنع ولا يولد ، وهذه الصناعة تبدأ منذ سن الطفولة ، ويرى أن هناك عاملاً وسيطاً هو القيم الشخصية ، وهذه القيم الشخصية التي يكوّنها الفرد بنفسه هي التي تؤدي إلى المرض . وهذه القيم يكتسبها الفرد في أسرته في أثناء الطفولة عن طريق تعليم الوالدين له كيفية الاستجابة في مختلف المواقف .

في حين أن وولمان Wolman (١٩٧٠) ، يرى أن الفشل وخيبة الأمل اللذين يواجههما الوالدان لهما أثر كبير في نشأة المرض عند الطفل . فمثل هؤلاء الآباء لا يبحث كل منهم عند الزواج عن شريك ناضج ، وإنما يبحث عن آباء محبين عطوفين في أزواجهم . ولهذا يتوقع كل منهما أن يجد عند الآخر ما يفتقده هو ، وما يفتقده الطرف الآخر أيضاً . وسرعان ما يشعران بالإحباط والضيق والفشل المرير . . . وهذا الشعور عند الوالدين هو المناخ المناسب الذي تنشأ فيه المهيئات المرضية . فالطفل في هذه الأسر ينشأ مثل غيره من الأطفال قاصراً ضعيف الحيلة يحتاج إلى مساعدة الآخرين ، ولكنه يتحقق بعد ذلك أن هناك شيئاً مختلفاً بالنسبة إلى اعتماده على مساعدة والديه . فهو لا يجد مساعدة وإنما يجد استحواذاً . ويعيش تحت تهديد مستمر بأن يفقد حب الوالدين إذا فكر أن يخرج على الأساليب المحددة له ، وكلما أجهد الطفل نفسه في إرضاء والديه ، طلبا منه المزيد ، وكلما أعطى لهما من الحب عجّل ذلك في إنهاك مصادره العاطفية وانتهى به الأمر إلى انهيار ذهاني (كفافي ، ١٩٨٩) .

كما وجد كاسانين ، ونايت ، وساج Kasanin, Knight & Sage (١٩٣٤) أن أسلوب الحماية الزائدة والرفض عند آباء المرضى الفصاميين يمثل ٦٠ ٪ من مجموع أساليب معاملة آباء مجموعة من الفصاميين . كما وجد شبيغل وبل Spiegel & Bell (١٩٦٧) أن أمهات الفصاميين يتسمن بعدم الأمن والسطحية والتصلب والسيطرة . ولهذا فإن مثل هذه السمات المرضية عند الآباء تنعكس على أساليب المعاملة لأبنائهم وتجعلها غير سوية ، كما تجعل الجو الأسري مضطرباً وغير صالح للنمو السوي .

وفي دراسة أُجريت في الولايات المتحدة الأميركية (في ولاية ميتشيغن) ١٩٤٠ على ٥٠٠ طفل، تم استنتاج الآتي :

- وُجدت علاقة واضحة بين العدوان غير الاجتماعي عند الأطفال وبين سلوك الرفض من قبل الآباء . كما وُجدت علاقة بين سلوك الجنوح عند الطفل وسلوك الإهمال من قبل الآباء .

وفي دراسةٍ أخرى أجراها كاس Cass (١٩٥٢) وجد علاقة بين سلوك الجنوح عند الطفل وسلوك التحكم عند الآباء.

وفي دراسة قام بها ليفي Levy (١٩٥٤) عن العلاقة بين الحماية الزائدة عند الأمهات وأثرها في سلوك الأبناء وجد أن الأطفال الذين يُعاملون بحماية زائدة معتمدة على التساهل كانوا عنيدين ومستبدين في المنزل ، وتنتابهم نوبات الغضب ومن الصعب السيطرة عليهم . أما الأطفال الذين عُوملوا بحماية زائدة قائمة على السيطرة فقد كانوا خانعين في المنزل ومن الصعب عليهم تكوين الصداقات ، كما يميلون إلى السيطرة أو الانسحاب ، ونصفهم كان يُعاني من مشكلاتٍ متعلقة بالأكل (كفافي ، ١٩٨٩) .



الفصل الثالث :

التوافق النفسي والاجتماعي وأثره في شخصية الطفل

ـ مفهوم التوافق النفسي والاجتماعي .
ـ أساليب التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال .
ـ أثر الأساليب التوافقية في شخصية الطفل .
ـ التوافق وحيل الدفاع النفسي .
ـ دور الأسرة في التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال .
ـ أهمية شعور الطفل بالأمن في توافقه النفسي والاجتماعي .
ـ أسباب سوء التوافق النفسي والاجتماعي .



الفصل الثالث

التوافق النفسي والاجتماعي وأثره في شخصية الطفل

ـ مفهوم التوافق النفسي والاجتماعي :

إن ظروف الحياة في حالة تغير مستمر ، وهذا ما يضطر الكائن الحي إلى تعديل استجاباته كلما تغيرت ظروف البيئة التي يعيش فيها ، كما يضطر أحياناً إلى إحداث تعديل أو تغيير فيها . وهذا يعني بأن الحياة تتضمن القيام بعمليات التوافق بشكل مستمر . ويرى دسوقي (١٩٧٤) أن علم النفس هو علم دراسة التوافق . وما دام الكائن الحي قادراً على القيام بهذا التوافق المستمر ، فهو يستطيع الحياة والبقاء . أما إذا عجز عن القيام بهذا التوافق فسيؤدي إلى الاضطراب والمرض ، وقد يؤدي إلى الهلاك .

وبما أن التوافق يتطلب تغييراً في سلوك وتفكير واتجاهات الشخص ، فهذا يفرض عليه أن يكون على درجة كبيرة من المرونة والقابلية للتعديل والتغيير ، فإذا عجز عن إشباع دوافعه تعرض للإحباط والفشل ، أما إذا اصطدمت رغباته مع رغبات المجتمع فإنه يسعى إلى استعادة التوازن والانسجام ويعدل سلوكه ليتوافق مع سلوك الجماعة ، وذلك باتباع التقاليد والخضوع للالتزامات الاجتماعية ، أو يقوم بتغيير بعض عاداته واتجاهاته ليوائم الجماعة التي يعيش فيها ، ويسمى ذلك بالتوافق الاجتماعي (المليجي ، ١٩٧٣) .

فالتوافق كما يراه سلوتكن Slotken مسألة معيارية مرتبطة بنوع الحضارة والثقافة التي يعيش في كنفها الفرد . فالتوافق نسبي ، وهو حالة استقرار مؤقت للاتزان الحيوي والنفسي .

ويؤكد شوبن Shoben نسبية التوافق ، إلا أنه يضع محكاً للتوافق يقدر بمدى نمو إمكانات الفرد ومدى توظيفها وتحقيقها في الواقع (المغربي ، ١٩٩٢) .

فالتوافق كما يعرفه نجاتي (١٩٨٤ ، ص ٣٦١) هو « النشاط الذي يقوم به الكائن الحي ويؤدي إلى إشباع الدوافع » . وبهذا المعنى يكون التوافق عبارة عن مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد كيانه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط محيطية معينة . فهو محور النمو النفسي والاجتماعي ، وهو من أهم مطالب النمو العقلي والمعرفي والاجتماعي ودليل على الصحة النفسية للفرد .

والتوافق الذي سنتطرق إليه في هذا الفصل سوف يتضمن المعنى النفسي والمعنى الاجتماعي .

فالتوافق بمعناه النفسي يتضمن السعادة مع النفس والرضا عنها ، وإشباع الدوافع والحاجات الأولية والثانوية ، بالإضافة إلى التوافق لمطالب النمو في مراحله المتتابعة . ويعرّفه زهران (١٩٧٨) بأنه « عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد والبيئة » . أما الخضري (١٩٨٧ ، ص ٢٠٥)فتعرفه بأنه « محصلة معقدة لعلاقة جدلية بين الذات بكل خبراتها السابقة وإمكاناتها العقلنفسية وطموحاتها ، وبين العناصر والمعطيات الموضوعية ـ كما يدركها الإنسان ـ في المواقف المختلفة ، ويتوافق الفرد عادة مع المواقف التي يدركها على أنها ميسرة لتوظيف إمكاناته ، وداعمة لتحقيق طموحاته » . فالتوافق النفسي مفهوم نسبي عند الأفراد ، ويختلف باختلاف الثقافات والمواقف المختلفة .

ولهذا واستناداً إلى ما تقدم نعرف التوافق النفسي بأنه « محصلة لما يقوم به الفرد من علاقات تفاعلية مع البيئة التي يعيش فيها ، الهدف منه إحداث توازن نفسي بين الفرد وبيئته من أجل ضمان نمو إمكاناته وتوظيفها وتحقيقها في حيز الواقع » .

أما التوافق بمعناه الاجتماعي فقد وصفه زهران (١٩٧٨) بأنه ذلك التوافق الذي يعبر عنه بعلاقة الفرد المتجانسة مع بيئته الاجتماعية والسعادة مع الآخرين ، ومسايرة المعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي ، وتقبل التغير الاجتماعي ، والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة والسعادة الزوجية مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية .

أما أبو النيل ومجدة أحمد (١٩٨٥ ، ص ١٩) فيُعرفان التوافق الاجتماعي

بأنه « قدرة الفرد على إقامة علاقة مناسبة ومسايرة لأعضاء الجماعة التي ينتمي إليها ويحظى في الوقت نفسه بتقدير واحترام الجماعة لآرائه واتجاهاته » . ولهذا يمكن تعريف التوافق الاجتماعي بأنه « العملية التي يتمكن بها الفرد من إقامة علاقات مناسبة مع المجتمع بما يتفق وينسجم مع القواعد والمعايير الاجتماعية السائدة فيه ، بما يحقق التوافق الصحي مع الذات والآخرين » .

ولهذا تكون الصحة النفسية للفرد في مدى قدرته على التوافق الاجتماعي وإقامة علاقاتٍ اجتماعية سليمة مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه .

ــ أساليب التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال :

من أجل التوافق مع مواقف الحياة التي تواجه الأطفال ، يميلون إلى استخدام أساليب توافقية مختلفة ، وقد يواجهون بالإحباط الذي يؤدي إلى التوتر النفسي ، مما يؤدي أحياناً إلى اتباع أساليب توافقية غير صحيحة ـ شاذة ـ تختلف باختلاف الأشخاص والظروف المحيطة . كما أن الصراع الذي ينشأ لدى الطفل في مرحلة الطفولة والذي يكتسبه عادة من والديه أو من يقوم مقامهما في تربيته وتنشئته الاجتماعية يعتبر الأساس في سوء التوافق النفسي لدى الطفل . ولكن يجب أن لا يُفهم من ذلك أن الوالدين يعلمان طفلهما هذا الصراع عن وعي منهما بل إن الطرق الخاطئة التي يتبعها الوالدان في أثناء معاملة ولـدهما هي التي ينشأ عنها هذا الصراع اللاشعوري عند الطفل (مرسي ، ١٩٧٦ م) .

والأساليب التوافقية التي يستخدمها الأطفال قد تكون بالمواجهة المباشرة للمشكلات التي تعترضهم ، وقد تكون أساليب غير مباشرة ، أي يتخذ الفرد وسائل بديلة تكون ذات قيمة إيجابية ، وقد تكون أساليب غير مباشرة يتخذ الفرد وسائل بديلة تكون ذات قيمة سلبية . . .

ففي مرحلة الطفولة نجد أن الطفل الأول يتخذ مجموعة من الأساليب للتوافق عند ميلاد طفل جديد . فمن المعروف أن الطفل الأول يكون مركز اهتمام الأسرة ، وفي حالةٍ مرضية من النشاط قبل ميلاد الطفل الجديد ، ولكن بعد هذا الميلاد يفقد الطفل الأول مركز الاهتمام ، ويواجه مشاكل أخرى، ولذلك يلجأ إلى اختيار أحد الأساليب التالية للتوافق مع الموقف الجديد هي :

١ ـ قد يلجأ إلى أسلوب المواجهة المباشرة الإيجابي : حيث يساعد الطفل الأول

أخاه (الطفل الثاني) أو يشاركه في ألعابه . وهذا ما يكسبه تقديراً اجتماعياً من قِبل الوالدين .

٢ ـ وقد يلجأ إلى القيام بنشاطاتٍ بديلة إيجابية : وفيها يقوم الطفل بقراءة القصص ، أو اللعب مع رفاقه ، وهذا الأسلوب أكثر احتمالاً من أسلوب المواجهة المباشرة .

٣ ـ وقد يلجأ إلى نشاطاتٍ بديلة ذات قيمة سلبية : مثل الشقاوة ، والعدوان ، والتخريب ، أو الهروب من المنزل .

٤ ـ وقد يلجأ إلى أسلوب المرض (أو التمارض) : عندما لا يجد الطفل الأول نفعاً من الأساليب الثلاثة السابقة ولم ينجم عنها ارضاء له فإنه يلجأ إلى هذا الأسلوب لاستعادة الانتباه المفقود ، ولينبه الوالدين بأنه لا زال موجوداً ويحتاج إلى الاهتمام .

ـ أثر الأساليب التوافقية في شخصية الطفل :

يكون الطفل في حالة استخدام أسلوب المواجهة المباشرة للمشكلة في حالة نشاط مستمر ، حيث يعتبر أن رعايته لأخيه الأصغر واجبة ، أو أن ذهابه إلى المدرسة ضروري . . . وهذا ما يجعله يتغلب على الصعوبة التي واجهته بشكلٍ سليم . فالتوافق الناجح والسوي يؤدي إلى بناء الأنا وازدياد شعور الطفل بأهميته ، ويقوي شخصيته ، ويجعله أكثر قدرة واستعداداً لمواجهة مشكلات مستقبلية ، كما أن سلوكه يصبح أكثر تكاملاً مما كان عليه قبل مواجهة المشكلة ، أي أن هذا الأسلوب يسهل عملية النمو ويرقى به لاستخدام أساليب أكثر ملاءمة لمواجهة مشكلات مستقبلية أكثر تعقيداً .

أما في حالة استخدام الأسلوب البديل الإيجابي ، فقد يكون توافقاً منطقياً أكثر من المواجهة المباشرة ، فبالرغم من أن اختيار سلوك بديل قد ينتج عنه شعور بالفشل بالنسبة إلى العائق أو المشكلة التي تجنبها الطفل ، فإنه من المحتمل أن يجعله يكرس طاقة أكثر غنى في السلوك البديل ، وأن الشعور بالفشل في إحدى المحاولات قد يكون دافعاً للفرد في بذله طاقة أكثر في مجالٍ آخر .

أما استخدام الأسلوب البديل السلبي في التوافق فهو يؤدي إلى إضعاف

قدرة الفرد على مواجهة المشكلة ويلجأ إلى المراوغة والحيلة والتملص، وهذا ما يضعف من شخصية الطفل وقد يعمم هذا الأسلوب في معالجة مشكلات المستقبل ويؤدي به إلى التناقض ويصبح السلوك غير متكامل . . . .

أما الحالات الأكثر تطرفاً فهي استخدام الطفل سلوكاتٍ بديلة سلبية شاذة . فهو يحاول أن يخفف من حدة التوتر الناشىء عن المشكلات التي يواجهها في المجتمع بالانصراف عن المشكلة الأصلية والعيش في حياةٍ انفعالية داخلية في عالمٍ من الوهم والخيال ، إنه أسلوب نكوصي في التوافق .

فالطفل المنحرف لا يعالج العوامل الأصلية التي تسبب المشكلة ، بل يعالج مظاهرها فقط ، والتوافق يبتدىء مبكراً جداً لدى الفرد ولا ينتهي إلا بانتهاء الحياة . . .

واستناداً إلى ذلك فإن الأسلوب التوافقي الذي كان قد استخدمه الفرد في حياته يميل إلى الثبات في شخصيته ومن السهل تكراره عند معالجة المشكلات نفسها في المستقبل .

والحقيقة فإنه لا يوجد شخص يستخدم أسلوب المواجهة المباشرة ، أو أسلوباً توافقياً بديلاً إيجابياً في كل وقتٍ ، فكل شخص يستخدم أسلوب المراوغة والتقهقر أحياناً ، ولكن الشخصية القوية تميل إلى استخدام النوعين الأولين المعتادين ، بينما ضعيف الشخصية يستخدم النوعين الآخرين في معالجة مشكلات الحياة ، مما يوقعه في الاضطراب النفسي والتوتر والقلق ، ويؤدي به إلى اللجوء إلى حيل الدفاع النفسي والتي تُعتبر أساليب لاشعورية من جانب الفرد الهدف منها تشويه الحقيقة للتخلص من التوتر والقلق الناتجين عن الاحباطات وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بها ، وهذا هو أقصى درجات سوء التوافق النفسي والاجتماعي .

ـ التوافق وحيل الدفاع النفسي :

تُعتبر حيل الدفاع النفسي محاولاتٍ للإبقاء على حالة التوازن النفسي من أن يصنيبه الخلل ، وهذه الحيل يلجأ إليها الناس في حياتهم سواء أكانوا أسوياء أم شواذاً، ولكن الفرق هو أن هذه الحيل تكون معتدلة ومعقولة عند الأسوياء ، ومبالغ فيها عند الشواذ ، والفرق بين الاستجابات السوية والاستجابات غير

السوية هو في الدرجة .

وأهم حيل الدفاع النفسي الأكثر حدوثاً في مرحلة الطفولة ما يلي :

١ ـ النكوص :

هو العودة إلى سلوك غير ناضج كان يجد فيه الطفل بعض المتعة والراحة حين مواجهة مشكلة ما . مثال : حينما يلجأ الطفل في سن السادسة مثلاً إلى التحدث بلغة ابن الثانية ، أو التبول على ثيابه . . . أو الميل إلى التخريب من أجل لفت انتباه الوالدين ، أو التمارض من أجل العناية به .

٢ ـ الإسقاط :

وهو ميل الفرد إلى أن ينسب ما في نفسه من عيوب وصفات غير مرغوبة ويلصقها بالآخرين أو القدر أو سوء الحظ . ومثال ذلك : اتهام الطفل غيره بأنه عدواني وبأنه يوسخ ثيابه أو يمص إصبعه بالرغم من أن هذه الصفات أو بعضها موجودة لديه ويحاول أن ينفيها عن نفسه .

٣ ـ التبرير :

وهو تعليل السلوك بأسباب تبدو منطقية ومعقولة في حين أن الأسباب الحقيقية انفعالية وغير منطقية . والتبرير يختلف عن الكذب ، حيث أن التبرير لا شعوري بينما الكذب شعوري .

٤ ـ الإنكار :

وهو إنكار الفرد لما هو موجود فعلاً لتجنب الألم وإبعاد ذلك عن نفسه ، ومثال ذلك إنكار الطفل لموت أمه والقول إنها موجودة في الغرفة المجاورة .

٥ ـ الكبت :

وهو ميل الفرد إلى إبعاد الأفكار والدوافع المؤلمة أو المخزية المؤدية إلى القلق ، من حيز الشعور إلى اللاشعور تجنباً لمواجهتها وحماية الذات . مثال ذلك المرأة التي تعرف حقيقة خيانة زوجها وتكبت ذلك حفاظاً على أطفالها ، وكذلك الموظف الذي يحقد على رئيسه في العمل ويكبت ذلك تجنباً من مواجهته وفقد وظيفته .

٦ ـ الانسحاب :

وهو الهروب من مواجهة المشكلات الحقيقية ، ؤمن مصادر التوتر والقلق ، والميل إلى العزلة والوحدة لتجنب الإحباط الذي ينجم ،حين. مواجهة هذه المشاكل .

٧ ـ التقمص :

وهو ميل الفرد إلى أن ينسب إلى نفسه صفاتٍ مرغوبة على غرار ما هو موجود عند شخصٍ آخر توجد عنده هذه الصفات!أو ينسب انتماءه إلى مؤسسة فيها من الصفات التي يرغب فيها أو جماعة تتحلى بصفاتٍ حميدة فهو « ابن لفلان أو طالب في كلية . . . أو ينتمي إلى قبيلة . . . » .

٨ ـ ردود الفعل العكسية :

وهو التعبير عن الدوافع المستهجنة سلوكياً بشكلٍ معاكس ، أو استجابة مضادة ، فالطفل الذي يكره أخاه الصغير يميل إلى المبالغة في حبه كرد فعل عكسي .

٩ ـ العدوان :

وهو هجوم يوجه إلى مصدرٍ خارجي قد يكون شخصاً أو أشياء مسؤولة عن إعاقة بالغة . مثال : عدوان الطفل على أخيه أو على أدواته أو التشهير بأخيه والتحدث عنه باستخفاف .

١٠ ـ الإعلاء أو التسامي :

وهو الميل إلى الارتفاع بالدوافع والرغبات التي لا يقبلها المجتمع وينظر إليها نظرة استهجان ، وتصعيدها إلى مستوى مرغوب والتعبير عنها بوسائل مقبولة ومرغوب بها من قبل المجتمع . مثال : «إعلاء إشباع الدوافع إلى العدوان عند الطفل إلى الرياضة والقراءة والفن . . . » .

١١ ـ أحلام اليقظة :

وهي اللجوء إلى عالم الخيال لتحقيق ما عجز الطفل عن تحقيقه في الواقع .

ومثال ذلك الإغراق المفرط في عالم اليقظة ، فأحلام اليقظة تكون مفيدة لو كانت مؤقتة ، ولكن في حالة استمرارها وسيطرتها على الطفل فإنها تقوده إلى الاضطراب النفسي . ومما لا شك فيه فإن أحلام اليقظة عند الطفل وتصوره لصراعاته وإحباطاتها لو أنها تحققت حسب تخيل الطفل لأدى ذلك إلى زوال صراعه النفسي وشعوره بالإحباط . وأحلام اليقظة في الغالب تتخيل القوة والنجاح والعبقرية والتغلب على كل أنواع الصعاب فإذا ما ازدادت هذه الأحلام فإنها تسيطر عليه وتجعله حبيسها وتزيد من سوء توافقه النفسي .

وبما أن لأحلام اليقظة فائدة كأن يرى الطفل نفسه طبيباً ، أو طياراً ، أو مهندساً مما يدفعه إلى مزيد من الجهد في دراسته وتحصيله ، فقد يكون لهذه الأحلام من جانب آخر دورٌ مخز عند الطفل وعلى المجتمع وذلك كأن يرى الطفل نفسه غنياً يملك المال والجاه مما يدفعه إلى سرقة أهله أو الأشخاص المحيطين به . وهذا ما يؤدي إلى الانحراف السلوكي والاضطراب عند الطفل . لذا لا بد للآباء والمربين من توجيه الطفل نحو عالم الحقيقة ، وتدريبه على التفكير السليم مع استخدام الخيال في حدود معقولة ومنطقية .

ـ دور الأسرة في التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال

تُعتبر بيئة الطفل المحيطة والتي تشكّل الأسرة نواتها الأولى ـ بما في ذلك أسلوب تربية الوالدين ـ عوامل هامة في تشكيل شخصيته ، وتكوين اتجاهاته ، وميوله، ونظرته للحياة . وهذا يحتم علينا كآباء أن نهيىء للطفل المناخ المناسب منذ ولادته . ونتتبع أفضل السبل التي تهيىء له المرور عبر مراحل الطفولة إلى المراهقة فالرشد بأمان . ولذلك لا بد من معرفة خصائص نمو الطفل في جميع نواحي شخصيته (الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية) وأن نعمل على تنميتها بالطرق السليمة .

فالطفل في السنوات الأولى من حياته يتعلم الكثير من الخبرات التي تساعده على النمو السليم . فإذا توافر للطفل جو عائلي مليء بالحب والعطف والطمأنينة استطاع أن ينمو نمواً سليماً وأن يتوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه . أما إذا ساد الجو العائلي الخصام والقلق وتعددت مواقف الحرمان وحدتها بالنسبة إلى الطفل أدى به إلى الاضطراب والصراع وينعكس آثار ذلك على شخصيته في

المستقبل . فما يكتسبه الطفل في الطفولة المبكرة من عاداتٍ واتجاهات يميل إلى الثبات النسبي ومن الصعب تغييره فيما بعد . فقد أكدت الدراسات التتبعية للأطفال أن ما يكتسبه الطفل في مرحلة الطفولة من أسلوب في الحياة ومن مفهوم للذات تبقى آثاره مستمرة في حياة الفرد وفي الأساليب المختلفة التي يتعامل بها مع الناس . ولهذا فإن « فرويد » يردّ سلوك الشخص الراشد إلى مرحلة الطفولة المبكرة . ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن السمات الرئيسية للشخصية توضع أصولها في الطفولة .

والبحوث الإكلينيكية النفسية تشير إلى أن البيوت التي يسودها الود والتفاهم ، وتقوم علاقاتها على الثقة والاحترام والتقدير ، ويقوم أسلوب تربية الوالدين على التوازن بين الحرية والضبط هي بيوت تخرج أشخاصاً أسوياء ، بعكس البيوت التي تغرس في نفوس أبنائها الكراهية والحقد والخوف فإنها تخرج للمجتمع شخصياتٍ منحرفة وجانحة وعصابية ، ويرى « برت » أن أبشع العوامل وأكثرها خطراً وتدميراً هي العوامل التي تدور حول حياة الأسرة في الطفولة (فهمي ، ١٩٦٧ ، ص ٦٨) .

ـ أهمية شعور الطفل بالأمن في توافقه النفسي والاجتماعي :

يحتاج الطفل إلى الشعور بالأمن حاجة شديدة ، ويرى « أوسجينان » أن الطفل إذا كان في وسط مألوف يحس فيه بالأمن ويشعر بوجود شخص راشد مألوف لديه فإن سلوكه يتسم بالاتزان . وهذا ما أكدته « آنا فرويد » : عندما قُصفت مباني لندن عام ١٩٤٠ بالقنابل فإن الأطفال كانوا يستمرون في اللعب أو النوم إذا بقيت أمهاتهم على قرب منهم ، أما الأطفال الذين أجلوا إلى الريف بعيدين عن أمهاتهم بعيداً عن القنابل ، فقد أظهروا كثيراً من القلق ، رغم المميزات الشخصية والتربوية التي كانت تمتاز بها المشرفات عليهم ممن كن يقمن مقام الأمهات الحقيقيات .

وللأمن عناصر أساسية منها : المحبة ، والقبول ، والاستقرار . فشعور الطفل بمحبة من يحيطون به ، وحب أمه له شرطان ضروريان لتوافقه النفسي ليس في الناحية الانفعالية فحسب بل وفي الجانب البيولوجي والفكري أيضاً . وقد أثبتت الدراسات أن الطفل المحبوب سعيد ومتوافق نفسياً واجتماعياً . ولكن هذا

الحب يجب أن يكون حقيقياً ، صادراً من القلب وليس مزيفاً ، ولكن الحب لا يؤدي مفعوله في إشعار الطفل بالأمن إلا إذا أحس الطفل بأنه مقبول في عائلته ، ويتحلى هذا القبول بشعور الطفل بأن له مكانة في المنزل ، وأن والديه يضحيان من أجل سعادته مما يشعر الطفل بأنه مرغوب فيه ، وأن هناك روابط قوية تربطه بأسرته .

كما أن من شروط الأمن والتوافق النفسي والاجتماعي ، استقرار الوسط العائلي ، فإذا كانت البيئة العائلية ثابتة ترحب به ، والأساليب التي يُعامل بها مستقرة ساعد ذلك على نموه نمواً سليماً وتكيفه مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه بشكل مناسب . أما إذا كانت البيئة العائلية التي يعيش فيها الطفل مضطربة ، وكان هناك اختلاف في الاتجاهات الوالدية في تنشئة الطفل أدى ذلك إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطفل وزعزعة الكيان النفسي لديه . كما أن ثبات واستقرار العلاقات المتبادلة بين الوالدين (كزوجين) من العوامل التي تساعد الطفل على الأمن النفسي وتوافقه : فالاتزان العائلي يترتب عليه غالباً إعطاء الطفل ثقة في نفسه وثقة في العالم الذي يتعامل معه بعد ذلك . وبدراسة ما يزيد عن (٣٠٠) حالة من حالات الأحداث الجانحين تبين أن ٧٥ ٪ تقريباً من الحالات يرجع فيها الجنوح والتشرد إلى انهيار صرح الأسرة . وهذا ما يدل على أن تماسك كيان الأسرة له أثره المباشر في التوافق النفسي والاجتماعي للأبناء (القوصي ، ١٩٧٥) .

كذلك الحال فإن استقرار الطفل في المسكن والمدرسة التي يحافظ من خلالها على أصدقائه وعلاقاته مع الآخرين يوفر الأمن والأمان للطفل (فهمي ، ١٩٦٧) . فدرجة الأمن التي يحس بها الطفل ذات أثر كبير في رشده وتوافقه أو عدم توافقه نفسياً واجتماعياً .

ولهذا فإن البيت المتماسك المنسجم يوفر للطفل الحب والأمن والتقبل والطمأنينة ويثير فيه الثقة بالنفس ، ويدربه على الاستقلال ، وتحمّل المسؤوليات والتبعات الناضجة ، ويوفر له الإشباع المتزن المعقول .

كما أن المدرسة التي تعد الفرد للحياة بما توفره من ظروف تعمل على تنبيه إمكاناته وتنمية فاعليته مع المجتمع .

بالإضافة إلى المجتمع وما فيه من تقاليد وعادات ومُثل عليا ونظم اجتماعية مختلفة تتيح الفرص المتكافئة لجميع أفراده لمارسة الحياة على نحو إيجابي فعال ، في العمل المناسب المنتج ، والحرية الواجبة ، والثقافة البناءة . فضلاً عن توفير الشعور بالولاء والانتماء والعدل في توزيع المكاسب والتضحيات (المغربي ، ١٩٩٢) .

ــ أسباب سوء التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال :

لماذا يحدث سوء التوافق عند الأطفال ؟

إن سوء التوافق يحدث نتيجة إحباط الدوافع وعجز الطفل عن إشباع حاجاته . وسوء التوافق عند الطفل لا يكون مرتبطاً بإحباط دوافعه بشكل مباشر ، بل إن عوامل أخرى كثيرة تسبب سوء التوافق عنده .

فالصراع الذي يتعرض له الطفل والذي يحاول بعدة وسائل مواجهته والتغلب عليه يولد أحياناً استجابة فسيولوجية داخلية ، بالإضافة إلى الاضطرابات السلوكية الأخرى . والاستجابة الفسيولوجية تعني أن الطفل يصبح في حالة توتر واستثارة للتعامل مع الصراع ، مما يجعله أكثر عصبية وقلقاً ، وخوفاً وانزعاجاً ، وغضباً ، واحباطاً .

فالطفل عندما يولد له أخ صغير ، يشعر بأن هذا الصغير أتى ليحل محله ويسلبه العطف والحنان والاهتمام من والديه والذي كان يحصل عليه قبل ولادة أخيه الصغير . إن هذا الوضع يسبب للطفل الأكبر قلقاً واضطراباً في النوم . وتصبح علاقاته وتصرفاته غريبة ، وحركاته مضطربة ، كما أنه يمتنع عن الأكل . كل ذلك قد يؤدي بالطفل الأكبر إلى ضرب أخيه الأصغر ومحاولته التخلص منه بالضرب أو بالخنق ليعود إليه والداه وحنانهما الذي يشعر أنه فقده .

كما أن عيش الطفل مع أحد والديه نتيجة الوفاة أو الطلاق وخاصة مع زوجة الأب يشعر الطفل بالحرمان من أمه التي كانت معه دوماً ، كما يشعر بأنه منبوذ من قبل زوجة الأب وأنها تعامله بقسوة، فيؤدي إلى شعوره بالاكتئاب والإحباط أو يهرب من المنزل ليلتحق بأقران السوء ويكون السبب في انحرافه واضطراب سلوكه وسوء توافقه النفسي والاجتماعي .

كما أن غياب التوجيه من قبل الأم والأب في مرحلة نموه وتطوره يعرض الطفل للضغوط النفسية والقلق النفسي ، ويتسم شعوره وممارسته بنوع من عدم الشعور بالندم والذنب لأي شيء يمارسه بشكل خاطىء . كما أنه لا يشعر بالمودة أو العطف والاحترام لأي شيء يفعله . بل إن الحالة قد تتطور بالطفل إلى أن يصل إلى مرحلة عدم الشعور بالقيمة الذاتية له ولغيره .

زد على ذلك فإن أساليب التربية الخاطئة تؤثر تأثيراً كبيراً في تكوين الطفل النفسي والاجتماعي وتسبب له سوء التوافق . فالحرمان من رعاية الأم أو الأب سواء أكان حرماناً كاملاً ، أو جزئياً وخاصة في السنين الثلاث الأولى من عمره يعرض الطفل لأذى بالغ الخطورة . ويتجلى ذلك في تعطل النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي ، كما يؤدي إلى اضطراب في النمو النفسي حيث يحصل لديه اضطراب في تكوين الأنا والأنا الأعلى .

وقد أكدت دراسة « جون بولبي » أن اضطراب كثير من الجانحين يرجع أساساً إلى العلاقات المضطربة التي تكونت بسبب انفصال الأطفال في سن طفولتهم المبكرة عن الأم .

كما أن شعور الأطفال بأنهم مهملون ومنبوذون وخاصة في المراحل الأولى من حياتهم يؤثر تأثيراً بالغاً في توافقهم النفسي .

بالإضافة إلى ذلك فإن إفراط الأبوين في التسامح مع الأبناء يؤدي إلى آثار سيئة في التكوين النفسي للطفل ، إذ يكبر الطفل في العمر ويسلك سلوكاً يدل على أنه ما زال صغيراً . إن مثل هؤلاء الأطفال لا يستطيعون الابتعاد عن أمهاتهم فهم يريدون من الأم أن تكرس كل وقتها لهم من الصباح حتى المساء ، فهؤلاء الأطفال لم يتعودوا الإحباط والفشل في حياتهم ، وعندما ينتقلون إلى عالم الواقع يصطدمون بعوائق كثيرة مما يترتب على ذلك التعرض إلى الاضطراب النفسي وسوء التوافق .

كما أن صرامة الآباء وقسوتهم لدرجة أن كلمة « لا » تكون دائماً على لسانهم ، بالإضافة إلى أنهم يطلبون من أبنائهم القيام بأعمال صعبة تفوق طاقتهم مما يجعلهم يشعرون بالعجز والقصور ويوقعهم في الاضطراب النفسي ويؤدي إلى سوء توافقهم .

زد على ذلك أنّ طموح الآباء الزائد وشعورهم بالضيق عندما لا يستطيع أبناؤهم أن يحققوا ما يصبون إليه ينتج عنه أن يُصاب الأبناء بنوعٍ من البلادة العاطفية ، ويحدث لديهم رغبة في المقاومة السلبية . وكلما زاد الآباء دفعاً لأبنائهم كلما تقاعس الأبناء وزادوا من رغبتهم في التخلف . ودفع الطفل إلى عملٍ من الأعمال دون مراعاة لقدراته وإمكاناته يعرضه للفشل مما يؤدي بالطفل إلى الشعور بالنقص ويعرضه للاضطراب النفسي وسوء التوافق .



الفصل الرابع :

أهم الأمراض النفسية عند الأطفال



الفصل الرابع

أهم الأمراض النفسية عند الأطفال

ـ مقدمة :

تُعتبر الأمراض النفسية مجموعة من الاضطرابات المرضية الشاذة التي لا يكون لها أسباب عضوية واضحة وإنما تُعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي والتي تؤدي إلى اختلال جزئي في الشخصية بحيث يكون المريض بها لا يزال متصلاً بالحياة الواقعية (بركات ، ١٩٧٨ ، ص ٨١٧) . وقد دلت بعض الدراسات (Keat, D.B. 1974) أن حوالى ١٠ ٪ من الأطفال في الولايات المتحدة يعانون من مشكلاتٍ جدية من عدم الشعور بالأمن على نحوٍ يؤثر في فاعليتهم . ويشمل هذا النوع من السلوك حالات القلق ، والخوف وانخفاض اعتبار الذات ، والاكتئاب وإيذاء الذات ، والحساسية الزائدة للنقد ، والخجل والقهرية . . . ، وفي الوقت نفسه تبقى شخصية الفرد متماسكة متكاملة بحيث يكون الفرد قادراً على استبصار حالته ، والتحكم في سلوكه إلى حدٍ كبير ، كما يظل أيضاً قادراً على تحمل مسؤولياته والقيام بواجباته كمواطن .

هذا وقد تعددت تفسيرات الأمراض النفسية ، فمنهم من رد هذه الأمراض إلى الوراثة باعتبار أن لها الدور الأساسي في نشأة الاضطرابات النفسية وأيدوا وجهة نظرهم هذه بأن نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين التوائم المتشابهة أكبر منها لدى التوائم الأخوة .

كما أن البعض رد هذه الأمراض إلى العوامل البيئية ، ويرى « أدولف ماير » Adolf Mayer أن مستويات الطموح غير الواقعية وعدم تقبل الذات عاملان أساسيان للاضطرابات النفسية . ويرى المنهج الوجودي أن الخبرات الذاتية للفرد وخبراته بعالمه وبالناس حوله من العوامل في نشأة الاضطرابات النفسية .

كما أن علاقة الطفل بوالديه هي السبب في ظهور الأمراض النفسية عند الطفل ، خاصة إذا لم يتوفر له في الأسرة الحب والعطف والأمن والأمان والاستقرار . وهناك الاتجاه الذي يأخذ بدور كل من عاملي الوراثة والبيئة في نشأة الأمراض النفسية والذي يتبنّاه علماء المدرسة السلوكية أمثال « جوزف وولبي وآيزنك و رحمان » إذ يرى آيزنك أن الأمراض النفسية تنشأ من تكوين أفعال منعكسة خاطئة بتأثير تفاعل عاملي الوراثة والبيئة ، وأن هذه الأمراض ما هي إلا أنماط من السلوك تعلمناها لنخفف من آلام القلق في ظروف خاصة .

هذا وقد تعددت طرق العلاج النفسي لهذه الأمراض النفسية بتعدد وجهات النظر التي تفسر هذه الأمراض . وسوف نتعرف فيما يلي على أهم هذه الأمراض وأكثرها شيوعاً وانتشاراً عند الأطفال وهي :

أولاً : القلق Anxiety :

طبيعة القلق ومظاهره :

يظهر القلق حينما يواجه الفرد بالفجوة بين ما هو عليه وما يتمنى أن يكون عليه . ويمثل القلق حالة توقع للخوف ، ومن الشعور بعدم الارتياح والاضطرابات والهم المتعلق بالمستقبل ، فالقلق عند الطفل يبدأ بتجربة واقعية كحالة القلق لا يستطيع تفاديها . وقد يستطيع هذا الطفل تحمل الألم والضيق الناتج عن تجربة القلق إذا كانت حالةً مؤقتة وستزول . فالأطفال في سن الثالثة من العمر يظهرون شعوراً بالقلق تجاه الأذى الجسمي ، أو فقدان حب الوالدين أو الاختلاف عن الآخرين ، كما أن مشاعر القلق المتعلقة بأخطارٍ متصلة من الأمور الشائعة في مرحلة الطفولة المبكرة ، ويبلغ أوجه فيما بين عمر سنتين وست سنوات ، عندما يفكر الطفل بخطرٍ حقيقي أو متخيل ، ومن الأعراض التي نُشاهدها عند الطفل القلق : التهيج ، البكاء ، الصراخ ، وسرعة الحركة ، والوساوس ، والأرق ، والأحلام المفزعة ، وفقدان الشهية للطعام ، والتعرق ، والغثيان ، وصعوبات التنفس ، والتقلصات اللاإرادية (شيفر وآخرون ، ١٩٨٩) .

ففي كل مرحلة من مراحل نمو الطفل تظهر لديه حاجات خاصة ، إذا لم يتم إشباعها ينتج عنها القلق . من هذه الحاجات الحاجة إلى الطعام ، وهي حاجة

عضوية فسيولوجية نفسية تمده بها الأم، كما يدخل الطفل فيها بين عمر عام وثلاثة أعوام في نوع جديد من التفاعل مع الكبار، وبعد أن يتعلم ما هو مرغوب ومقبول يبدأ في ضبط سلوكه وتنمو لديه قوة الضمير، وتظهر عنده حالات القلق عندما يواجه مواقف تتصارع فيها نزعات الخير مع الشر والصواب مع الخطأ .

آثار القلق :

أ ـ القلق والتحصيل الدراسي :

يُعد القلق في صورته البسيطة بمثابة الدافع للإنجاز والتحصيل، ولكنه عندما يشتد يكون له أثر سلبي بالنسبة إلى هذا التحصيل .

ويرى سوليفان Sullivan (١٩٥٣) « أن القلق في أي سن يعد عاملاً معوقاً في التنظيم » كما وجد « مكاند ليس وكاستنادا » (١٩٥٦) أن القلق يضعف من الوظائف العقلية للطفل وكذلك من قدرته على الانتباه، وأن جهوده تتحول نحو مواجهة مشكلاته بحيث يجد نفسه قاصراً عن التعامل مع واجباته الأخرى بنجاح .

كما بيّنت دراسات أخرى وجود ارتباطات سالبة بين القلق والذكاء والتحصيل الدراسي والتي تتزايد في المدرسة الابتدائية Sarason & Zimbardo (١٩٦٤ م) . كما بينت الدراسة التجريبية التي قام بها Cotler (١٩٦٩ م) على تلاميذ الصف الرابع حتى السادس الابتدائي أن الأطفال الأكثر قلقاً يقرأون ببطء وبطريقة غير صحيحة بالمقارنة مع غيرهم من الأطفال غير القلقين فيما يتعلق بالقراءة الشفهية . وهذا يدل على أن الأداء الشفهي « التسميع والقراءة الشفهية » تحدث اضطراباً إنفعالياً لدى الأطفال الأكثر قلقاً بسبب الضغط الناتج عن ذلك .

وقد دلت الدراسات أيضاً أنه يوجد ارتباط موجب بين الدرجات العالية في التحصيل الدراسي والقلق المنخفض، كما يتصف الأفراد ذوو القلق المرتفع بالميل إلى العزلة والانطواء، بالمقارنة مع الأفراد ذوي القلق المنخفض الذين يتميزون بالميل إلى الاجتماع والاشتراك في الأنشطة المختلفة .

فالقلق في صوره الشديدة يكون له أثر سلبي في تحصيل التلاميذ في

مراحل التعليم المختلفة ويكون ذلك واضحاً أكثر عند الإناث منه عند الذكور ، ويمكن أن يرد ذلك إلى الحساسية الإنفعالية الزائدة التي تتميز بها الإناث من الذكور .

ب ـ القلق والتكيف :

من خلال الدراسات العديدة تبين أن الأطفال الأكثر قلقاً قد رتبهم المدرسون على أنهم أقل قدرة على التكيف من زملائهم ، والذي يظهر من خلال عدم الاستقرار والنقص في الانتباه وعدم الرغبة في الجلوس بشكل هادىء داخل حجرة الصف (الفصل) ، ويذكر المحللون النفسيون أن الأولاد والبنات يتعاملون داخل القلق بصورة مختلفة .

فالبنات يوجهن ميكانزمات دفاعهن نحو الذات « على شكل أحلام يقظة » في حين أن الأولاد يوجهون دفاعاتهم نحو أشخاص آخرين أو موضوعات أخرى والتي يمكن أن تظهر على شكل مقاومة وعصيان (منصور ، ١٩٨١ م) .

ج ـ القلق ومفهوم الذات :

أكدت الدراسات على وجود علاقة بين مفهوم الذات والقلق ، فالأطفال ذوو مفهوم الذات الموجب يكونون أقل قلقاً من الأطفال ذوي مفهوم الذات السالب . ففي دراسة قام بها ليبزيت Lipsitt (١٩٥٨ م) على ٣٠٠ طفل في الصف الرابع والخامس والسادس الابتدائي من الذكور والإناث وجد أن الأطفال ذوي مفهوم الذات الموجب أقل قلقاً سواء بالنسبة إلى الذكور والإناث ، وتوصل إلى أن العلاقة بين مفهوم الذات والقلق ذات دلالة إحصائية هامة . كما دلت الدراسات وخاصة دراسة (Horowitz ، ١٩٦٢) التي أجريت على عينة من الأطفال من الصف الرابع حتى السادس الابتدائي : أن الطفل الذي يُعاني من القلق يميل إلى أن يكون مفهومه عن ذاته ضعيفاً .

أسباب القلق عند الأطفال :

أ ـ أسباب وراثية وفسيولوجية :

تلعب العوامل الوراثية دوراً في نشوء القلق ، حيث يولد الطفل مزوداً باستعدادٍ عام للقلق ، فقد دلت الدراسات على وجود تشابه في الجهاز العصبي

الإرادي والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية لدى التوائم« التوأم القلق » .
كما أوضحت دراسة العائلات أن ١٥ ٪ من آباء وأخوة مرضى القلق يعانون من المرض نفسه . كما وجد سليتر وشيلدز (١٩٦٣ ، ١٩٦٦ م) أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠ ٪ أما لدى التوائم غير المتشابهة فتصل إلى ٤ ٪ فقط .

بالإضافة إلى ذلك فإن عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة يُعتبر أحد أسباب نشوء القلق لديهم . كما أن الاضطرابات الهرمونية العصبية « هرمونات السيروتونين ، والنورادرينالين » تُساهم هي الأخرى في إحداث استجابة القلق .

أسباب نفسية :

تتعدد مصادر الأسباب النفسية المؤدية إلى القلق عند الأطفال كما تتعدد التفسيرات القائمة على أساس نفسي والذي يبين حالات القلق عند الأطفال ، فـ«أوتورانك» (Ohto Rank) يرى أن القلق ينشأ عن صدمة الميلاد ، الناجمة عن انتقال الطفل من المكان الذي كان ينعم فيه بالدفء والسعادة إلى عالم المثيرات الخارجية المزعجة .

أما كارن هورني فترى أن القلق الأساسي في الطفولة ينشأ عن كبت الطفل لرغباته العدائية نحو والديه ، ويعبر عن ذلك بسرعة اعتراضه وعناده وميله إلى التخريب . أما « أريكسون » الذي يقيم نظريته على أساس نفسي اجتماعي فيرى أن المصدر الأساسي لقلق الطفل هو إحساسه بعدم الثقة نظراً لما يتلقاه من مثيرات مؤلمة من ذلك العالم .

أما « مورر » Mowrer (١٩٥٠ م) فيرى أن القلق ناتج عن أفعال ارتكبها الإنسان فعلاً ولم يرض عنها .

القلق يمثل عدم شعور الطفل الداخلي بالأمن والذي ينجم أحياناً من النقد المستمر من قبل الراشدين والزملاء والذي يؤدي إلى التوتر والاضطرابات .

فالقلق ينجم عن شعور الطفل بالذنب عندما يعتقد أنه تصرف على نحو سيء ، ومن توقع العقاب نتيجة لهذا التصرف . كما أن الطفل الذي يكثر من تأجيل واجباته يستنفد طاقته بمشاعر القلق .

كما أن الإحباط الزائد للطفل يؤدي إلى مشاعر القلق عنده ، ولا يتمكن الطفل هنا من التعبير عن غضبه بسبب اعتماده على الراشدين مما يؤدي إلى الشعور بالقلق . كما أن شعور الطفل بعدم القدرة على الوصول إلى كثير من أهدافه وتكوين فكرة عن نفسه بأنه لا يؤدي عمله بشكل جيد في المدرسة أو قد يشعر بأن علاقته مع الكبار أو الأصدقاء أو الأخوة ليست كما يجب ، أو قد يكون لديه شعور بارتفاع في مستوى الأهداف أو تدنٍ في مستوى تقييم الذات مما يؤدي إلى شعور الطفل بالقلق .

وتنشأ لدى الطفل حلقة مفرغة تتكوّن من الشعور بالإحباط ، القلق ، التردد ، اليأس ، الاضطراب ، فالطفل الذي يُعاني من القلق المزمن يصبح القلق عادة لديه ، وتتراكم عليه دون أن تحل وهو يفكر :

« عندما تنتهي مشكلتي سوف يتوقف القلق » ، وبدلاً من أن يفعل شيئاً حيال المشكلة يستمر بالتفكير فيها فيزداد شعوره بالتوتر والإحباط ويحس باليأس .

٣ ـ العوامل البيئية والاجتماعية :

كما سبق وأسلفنا من حديث ، فإن الأطفال الذين ينشأون في بيئة تشعرهم بالحرمان والإحباط وعدم الأمن سيكونون أكثر استعداداً من غيرهم لإظهار استجابة القلق . فقد دلت الدراسات أن الآباء القلقين يكون أبناؤهم قلقين ، حيث يتعلم الأطفال القلق من والديهم ، فالأم القلقة سرعان ما تدرك أن صغيرها يبدي إمارات القلق ، فكأن الطفل يتناغم انفعالياً مع أمه .

فالقلق تثيره أنواع معينة من الاضطرابات الانفعالية في الشخص الذي يتفاعل معه الطفل .

ويرى سوليفان Sullivan (١٩٥٣) أن عقاب الوالدين وتأثيره وما يسببه من ألم للطفل من الأمور التي تساعد على نشأة القلق لدى الطفل .

كما أن الرعاية الوالدية والعلاقات التي تقوم بين الوالدين والطفل تشكل عاملاً هاماً في نمو القلق لدى الطفل ، فقد بيّن كاغان Kagan (١٩٥٦ م) أن عدم وجود نموذج ذكري أبوي واضح يتطابق معه الطفل يعرقل تطابق الدور الجنسي ويكون ذلك سبباً في نشأة القلق .

بالإضافة إلى ذلك يؤدي توقع الراشدين للكمال من قبل الطفل إلى ظهور استجابات القلق عنده نتيجة عدم الوصول إلى مستوى هذه التوقعات كون المعايير التي يرسمها الراشدون مرتفعة جداً والكبار لا يرضون عن أي شيء .

الوقاية والعلاج :

هناك عدة إجراءات لا بد من اتباعها في الوقاية والعلاج من القلق من ضمنها :

أ ـ العلاج الطبي : قبل البدء بإجراءات العلاج النفسي ، وفي حالات القلق الشديد عند الأطفال ، يمكن استخدام بعض المهدئات مثل الليبيريوم والفاليوم ، أو بإعطاء بعض العقاقير الخاصة بالهرمونات العصبية في مراكز الاتصال بالمخ مثل : ألينامايد ، والملاربلان ... إلخ ، كما يمكن استخدام جهاز خاص لتدريب المريض على التحكم في بعض وظائف الجهاز العصبي المستقل (درجة الحرارة) ضغط الدم .

ب ـ العلاج النفسي : يقوم هذا النوع من العلاج على مجموعة من الإجراءات منها :

١ ـ العمل على تطوير قدرة الطفل على فهم ومواجهة المشكلات :

إن معرفة الطفل للعلاقة السببية بين الأحداث ، يمكن أن تقلل من القلق ، وتمكنه من اختيار أفضل الأساليب لحل المشكلات التي يواجهها ، فالقيام بالعمل هو أفضل من التوتر والقلق .

ولهذا لا بد من تعليم الطفل بأن عدم النجاح هو أفضل بكثير من عدم المحاولة ، ولأن الفشل والتوتر يمكن تحملهما عندما يشعر الفرد بأنه قد بذل جهوده ، وتتكوّن الثقة لدى الطفل عندما يفهم كيف يتعامل مع المشكلات ويحلها ، فالتعامل مع التوتر هو نوع من المشكلات ، ويجب أن يتعلم الطفل كيفية تحليل موقف التوتر ، وأن يساعد في تحديد ما الذي ينبغي عمله .

فبعض المواقف تتطلب أسلوباً هادئاً وصبوراً ، وبعضها يتطلب سرعة في اتخاذ القرار ، وعلى الآباء تعليم أبنائهم كيفية التمييز بين المواقف المختلفة وكيفية

القيام بالعمل المناسب لطبيعة الموقف .

٢ ـ لا بد من تقبلْ الطفل وإعطائه شعوراً بالأمن والطمأنينة :

لا بد للآباء من أن يهتموا ببناء أساس من الشعور بالأمن عند الطفل منذ طفولته المبكرة وإبعاده عن كل ما يخيفه ، وأن يعـودوه الابتعاد بعض الوقت عن المنزل بحيث يزداد هذا الوقت تدريجياً . ومن الضروري أيضاً تجنب الحدة في النقاش مع الطفل ، وأن يتم الحديث معه في مواقف بعيدة عن التوتر عندما يكون في وضع نفسي يشعر فيه بالأمن والاطمئنان .

ومن المستحسن أيضاً أن يتم تطمين الطفل من قبل الراشدين الذين يتصفون بالهدوء والثبات الانفعالي ، وأن يذكر للطفل بأن هناك الكثير من المشاكل في الحياة والتي ينبغي أن يتم توقعها والتعامل معها ثم نسيانها ، لأن الالتصاق بالمشكلة والشعور بضرورة الوصول إلى حلٍ كامل بشأنها يؤدي إلى الشعور بالقلق وقد يوصل إلى طريقٍ مسدود .

٣ـ تشجيع الطفل عن الانفعالات :

إن التعبير عن الانفعالات من قبل الطفل يعمل كمضاد لحالات القلق التي يُعاني منها، لذلك يمكن عقد جلسات أو مناقشات أُسرية يعبر فيها كل عضو عن مشاعره وأحاسيسه ومخاوفه بحرية تامة مما يساعد على التفريغ الانفعالي للشحنات التي يعاني منها الفرد ويساعده على تحييد، مشاعره نحوها وتصبح أقل تأثيراً في سلوكه . واللعب بالنسبة إلى الطفل من الوسائل الهامة التي يُعبر من خلالها عن انفعالاته ويمكن اختيار ألعاب تتضمن أسئلة مفتوحة مثل : « كيف يشعر الأطفال عندما يكون المدرسون متشددين كثيراً ؟ أو ماذا يمكنك أن تفعل لو تخطاك شخص وأنت تنتظر دورك في صف ؟

٤ ـ تدريب الطفل على الاسترخاء :

لا بد في حالات القلق التي يشعر بها الأطفال أن يدربوا على القيام باستجابات الاسترخاء، حيث يتعلمون كيف يتنفسون بعمق وإرخاء عضلاتهم بشكل تدريجي منظم ، فالتدريب على الاسترخاء هو مضاد للقلق .

وبعد أن يتعلم الطفل الاسترخاء ويتدرب عليه يمكن استخدام طريقة

الاسترخاء بالإشارة cue controlled relaxation ، حيث يدرب الطفل على قول كلمة أو عبارة تساعده على الاسترخاء مثل (اهدأ ، واسترح ، هوّن عليك) وبعد اختيار هذه الكلمة أو العبارة يمكن ترديدها في أثناء الاسترخاء .

ويمكن أن يتم الاسترخاء مع تخيل الطفل لمواقف مثيرة للقلق ، ويكون مفيداً في أثناء إعداد قائمة بأسباب القلق والتوتر وتستخدم كمصدر للمواقف المثيرة للقلق المراد تخيلها في أثناء الاسترخاء ، وعندما يتعلم هذه الخطوة يمكن للطفل أن يسترخي بنفسه عندما يواجه مواقف مثيرة تبعث على القلق .

٥ ـ استخدام طرق أخرى في مواجهة القلق :

يمكن في أثناء الاسترخاء أن يتخيل الطفل بعض المشاهد السارة التي تبعث على الهدوء ويُسمى هذا بالتخيل الإيجابي ، كما أن التنفس البطيء العميق من خلال الأنف من الطرق المفيدة في التغلب على القلق .

كما يمكن للطفل عندما يشعر بالقلق أن يقوم ببعض النشاطات مثل : قراءة كتاب أو قصة أو يصغي إلى الموسيقى أو يتصفح بعض الصور الفنية الجميلة ، أو يقوم بالرسم ، أو ينشغل بأي تدريب أو فعالية ممتعة . . . فالفعاليات الممتعة تشكل مضادات للقلق .

كما أن الاستحمام بالماء الدافئ يساعد في الاسترخاء ويخلص الطفل من مشاعر القلق ، ومن الطرق المساعدة الأخرى أن يعمل الفرد على إهمال ما يثير القلق ، كما أن التركيز في مشكلةٍ معينة والتي تسبب القلق عند الطفل قد يكون فعالاً لأن التعايش مع المشكلة والتفكير فيها بعمق وبشكلٍ متكرر يحيّد مشاعر الطفل الانفعالية نحوها ويجعلها أقل إثارة لمشاعر القلق عنده .

ثانياً : الخوف :

مقدمة :

تُعتبر مرحلة الطفولة من أكثر المراحل التي يظهر فيها الخوف ، حيث يعتقد الكثير من علماء النفس أن الخوف وما يتصل به من حالات القلق والإضطراب النفسي يشكل جزءاً من الدوافع البشرية والتي تؤثر في علاقات الفرد بالآخرين.

فالخوف انفعال يتضمن حالة من حالات التوتر التي تدفع الشخص الخائف إلى الهرب من الموقف الذي أدى إلى استثارة خوفه حتى يزول التوتر . فالخوف يتضمن حالة من التوجس تدور حول خطرٍ معين له وجود واقعي .

وتتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات ، وبالتغير مع التقدم في العمر ، وقد تزول عند الطفل بعض المخاوف لتحل محلها مخاوف أخرى .

وتُشير دراسة هورلوك Hurlock (١٩٨١) إلى أن المخاوف تُعتبر مكتسبة رغم تمايزها واختلافها من مرحلة لأخرى في الطفولة بعكس الاتجاه الذي ساد قديماً عند واطسن وتلاميذه والذي يرى أن الخوف عند الأطفال حديثي الولادة فطريٌّ .

كما أظهرت الدراسات أيضاً أن شدة مخاوف الأطفال ترتبط بنوعية العلاقات المتبادلة بين الطفل وأسرته من جهة ، وبالمواقف التي يشعر فيها بالتهديد وعدم الأمن والفشل من جهةٍ أخرى (عبد الفتاح ، ١٩٩٢ ، عن Sanders ١٩٧٣) . ويؤكد روتر Rutter (١٩٨٠) أن هناك علاقة بين مخاوف الأطفال وعمرهم الزمني ، فالمخاوف التي يكتسبها الطفل في طفولته تظل كامنة لعدة سنوات ثم لا تلبث أن تكشف عن محتوياتها خلال مرحلة الطفولة المتأخرة وقبل البلوغ .

كما أظهرت دراسة عبد الفتاح (١٩٩٢) على عينة من الأطفال المصريين المتواجدين في دولة الإمارات العربية المتحدة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠٫٠٠١ بين الذكور والإناث في الخوف ، حيث وجد أن الخوف عند الإناث أعلى منه عند الذكور . وهذه الدراسة توافقت مع ما توصل إليه خيري (١٩٩١) في وجود فروقٍ ذات دلالة إحصائية بين مخاوف الأطفال الذكور والإناث ، فقد وجد أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور بدرجةٍ دالة إحصائياً وذلك في دراسة قام بها على الأطفال اليمنيين .

وبالإضافة إلى تأثر مخاوف الأطفال بالجنس ، فإن الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة ، وترتيب الطفل الميلادي ، وذكاءه عوامل هامة تؤثر أيضاً في مخاوف الأطفال .

وسوف نتحدث فيما يلي عن ثلاثة أنواع للمخاوف التي تظهر عند الأطفال وهي :

أ ـ الخوف الطبيعي :

وهو شعور أو إحساس الطفل بالخوف ، ويكون طبيعياً ويظهر كرد فعل لمؤثر « مثير » خارجي يتخذ الطفل إزاءه أسلوباً وقائياً أو دفاعياً . فمخاوف الأطفال هي مخاوف محسوسة والمقصود هنا المخاوف الحقيقية ، وأسبابها حقيقية وواقعية يعبر عنها الطفل بسهولة ووضوح . فهي حالة انفعالية تثيرها المواقف الخطرة أو المنذرة بالخطر والتي يصعب على الطفل مواجهتها . ومن أمثلة مخاوف الأطفال الحقيقية الطبيعية : الخوف من الظلام ، والأصوات المرتفعة ، والمرض ، والوحوش ، والحيوانات ، والمرتفعات ، والغرباء ، والمواقف غير المألوفة والرعد والأشباح . . . والمخاوف عند الأطفال تظهر بشكل أكبر فيما بين سنتين وست سنوات من الحيوانات والعواصف والظلام والغرباء .

وأنّ حوالى ٥٠ ٪ من الأطفال تظهر لديهم مخاوف مشتركة من الكلاب والظلام والرعد والأشباح .

كما بينت الدراسات أنّ مخاوف الأطفال تبلغ ذروتها في عمر سنتين وأربع سنوات وتقل هذه المخاوف في عمر خمس سنوات ثمّ تختفي في عمر تسع سنوات . وبناء على هذا فإنّ حوالى ٩٠ ٪ من الأطفال دون سن السادسة من العمر يظهر لديهم خوف محدد يزول بشكل طبيعي .

فالخوف الطبيعي عند الأطفال يساعد في الحفاظ على البقاء حيث يعتبر مصدر تنبيه إلى مصدر الخطر ويعد الجسم لحماية النفس والدفاع ضد الخطر . فهو ظاهرة طبيعية تؤدي وظيفة بيولوجية في حياة الإنسان .

فالأحلام في أغلب الأحيان تعكس مخاوف عند الطفل وإذا استمعنا إلى أحلام الأطفال فيمكن الكشف مبكراً عما يعانيه الطفل وما يخيفه ونعمل كراشدين على العمل لتخليص الطفل من هذه المخاوف . فالخوف عند الطفل يكون طبيعياً إذا كان من أشياء ضارة تدفعه إلى الحذر والحيطة من هذه الأشياء تجنباً لضررها .

ب - المخاوف المرضية :

ولكن هناك بعض المخاوف عند الأطفال لا يكون لها سبب حقيقي معروف ، وتكون شديدة ، وتستمر لفترة طويلة من أشياء أو مواقف أو أشخاص .. وهذه المخاوف ليس لها ما يبررها في الواقع وتسبب لصاحبها القلق والشعور بالعجز وظهور بعض الأعراض النفسجسمية عليه مثل : القيء ، والإسهال ، والاضطراب في التنفس ، وسرعة ضربات القلب ، وارتفاع ضغط الدم ، والتبول اللاإرادي ، وتقلصات في الأحشاء الداخلية ، وغير ذلك من الأساليب التوافقية غير السوية .. ومن هذه المخاوف : الخوف من الظلام والأماكن المغلقة أو المرتفعة ، ومن الحيوانات والحشرات . ولهذا فلا بد أن تُعطى مثل هذه المخاوف المرضية اهتماماً شديداً من قبل الوالدين والعمل على معالجتها حتى لا تتطور وتسبب اضطراباً نفسياً شديداً عند الطفل وتستمر معه إلى سن الرشد .

ويرى سوين (١٩٧٩) أنّ المخاوف المرضية شائعة بين الأطفال ، وتعد من بين أكثر الأعراض العصابية شيوعاً . كما يرى زهران (١٩٧٤) أنّ المخاوف المرضية تمثل حوالي ٢٠ ٪ من مرضى العصاب .

في حين بيّنت إحدى الدراسات أنّ الخوف من الكائنات الخرافية (الأشباح) وغير ذلك من كائنات خرافية يكون موجوداً لدى ٢٠ ٪ من الأطفال من سن خمس سنوات إلى ١١ سنة .

والجدير ذكره أنّ الفرق بين الخوف والخوف المرضي ، هو فرق في درجة الخوف .. فالخوف المرضي يظهر على شكل خوف مبالغ فيه في مواقف كثيرة من أشياء لا تسبب الخوف لمعظم الأفراد في مثل سن الفرد الخائف ، أو يظهر خوفاً مبالغاً فيه من أشياء لا يخاف منها غيره . والمخاوف المرضية تكون عادة مرتبطة بمكانٍ معين أو إنسان أو أشياء وتستمر لعدة سنوات عند الشخص .

أمّا المخاوف العادية فهي انفعالات تثيرها المواقف الخطرة أو المنذرة بالخطر والتي يصعب على الفرد مواجهتها . فهي حالات يحسها الإنسان في حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلاً .

كما تختلف المخاوف المرضية عن القلق بالرغم من أنّها شكل من أشكال

القلق العصابي . فالقلق خبرة انفعالية مؤلمة وغير محددة المصدر كما يصعب تجنبها ، وعندما يحاول تجنبها فهو يزيح هذا القلق أو يسقطه على موضوع آخر خارجي (الطبيب ، ١٩٧٧) .

ج ـ المخاوف المدرسية :

يأتي الطلاب إلى المدرسة وهم بحاجة إلى المحبة ، والانتماء ، والاعتماد على النفس والحياة الاجتماعية . ولكن هل تستطيع المدرسة أن تقوم بهذه المهمة ؟

يرى الطبيب النفسي الألماني لمبLempp (١٩٧٠) أنّ الأطفال لا يصبحون مرضى بسبب المدرسة ولكنهم يعانون منها دون شك، فقد كان في السابق يأتي لعيادتي طفل من كل (١٢) طفلاً واليوم طفل من كل ثلاثة أطفال . ويرى آخر (بروفسور في الصحة النفسية) أنّ من بين كل ألف طفل يراجعونه يكون نصفهم معانياً من مشاكل مدرسية مثل الرسوب ، الصداع ، آلام في البطن ، وقضم الأظافر ، والحركة الزائدة ، وتشوش الإدراك ، والاضطرابات السمعية والبصرية ، والاضطرابات اللغوية وغيرها والتي تزول في أثناء الإجازات المدرسية .

فقد ذكرت التقارير أنّ حوالى نصف مليون طالب يرسب سنوياً في ألمانيا الغربية ، وبعض حالات الرسوب قد تنتهي بالانتحار ، أو النكوص إلى عادات سلوكية طفلية في سن يكون قد تخلص من هذه العادات . بالإضافة إلى ذلك فإنّ حالة الذعر تسيطر على الكثير من التلاميذ في أثناء فترة الاختبارات المدرسية مما يترتب على المعالجين والمرشدين النفسيين مهمة كبيرة خلال هذه الفترة (عبد الرازق ، ١٩٨٧) .

ويرى شبيلبرجر Spielberger (١٩٨٠) أنّ الأفراد الذين يُعانون درجة عالية من قلق الاختبار يدركون المواقف على أنها مهددة للشخصية ، وهم في مواقف الامتحان غالباً ما يكونون متوترين، وخائفين ، وفي حالة إثارة انفعالية مما يشتت انتباههم وتركيزهم في أثناء الامتحان .

كما أشار الطبيب شبيلبرجر (١٩٨٠) أيضاً إلى أنّ نسبة الإناث أعلى من الذكور في مستوى قلق الاختبار .

كما أشارت دراسة آيزنك وراخمان Eysenck & Rachman (١٩٦٥) إلى

أنّ حوالى ٢٠ ٪ من طلاب المدارس يُعانون من قلق الامتحان بدرجات متفاوتة .

كما دلّت الدراسة التي قام بها بنيامين وآخرون.Benjamin , et. al (١٩٨١) ، أنّ الطلاب الذين يُعانون بشكلٍ كبير من قلق الامتحان ينخفض مستوى أدائهم في الواجبات المنزلية ، ويصادفون مشكلات في تعلم المواد الدراسية ، وفي تحديد العناصر الهامة في تمارين القراءة .

وهذه النتائج تكون نتيجة لشعور الطالب بعدم الأمن ، والخوف غير العادي مما يؤدي إلى ضعف في تركيزه ، وقلقه في أثناء النوم ، وتشويش في أثناء الدراسة مما يضعف الاستعداد للامتحان .

بالإضافة إلى ذلك فإنّ سلوك المدرس ينعكس على تلاميذ المدرسة . فالتلميذ غير المتوافق مع التلاميذ الآخرين في المدرسة يظهر مستوى تحصيلياً ضعيفاً نسبياً ، ويؤثر سلوكه سلباً في الفصل الدراسي . إذ كلما زاد الخوف من المدرسة انعكس ذلك على التوافق النفسي والاجتماعي للتلاميذ ، فالخوف انفعال هروبي كما ترى ذلك جودنف(Goodenough) .

الأسباب :

فيما يلي من حديث سوف نتعرف على الأسباب التي تؤدي إلى المخاوف المرضية بشكلٍ خاص لأنّ أسباب الخوف الطبيعية عند الأطفال معروفة وواقعية ويمكن الكشف عنها بسهولة في حين أنّ الأسباب الكامنة وراء المخاوف تكون أكثر تعقيداً ولهذا نخصها بالذكر. وأهم هذه الأسباب ما يلي :

١ ـ الصدمات الانفعالية الشديدة والمؤلمة :

قد تكون مخاوف الأطفال ذات علاقة بموقف مؤلم مخيف كأن يذهب الطفل مع أمه أو أبيه إلى المستشفى ، ويشاهد هناك الطبيب يقوم بعمل يثير الألم الشديد عند الطفل أو يرى الدم ينزف من طفلٍ في المستشفى فيقوم الطبيب بخياطة الجرح والطفل يصرخ ويتألم .

وهذا المنظر المؤلم والمفزع لدى الطفل الذي حضر مع والده إلى المستشفى يسبب له فيما بعد خوفاً من رؤية الطبيب أو حتى مجرد سماع اسمه لأنّ مشاهدته ترتبط عند الطفل بموقف مؤلم .

كما أنّ الخبرة الصادمة في حالة الأطفال الصغار مع كلب ضال يمكن أن تؤدي إلى تعميم للخوف من جميع الكلاب وجميع الحيوانات ذات الفراء .

كما أنّ خبرة الطفل في الحمام وانزلاق رجله في الماء أو حرارة الصابون في العينين تؤدي إلى نفور الطفل من الحمام والخوف من الاغتسال نتيجة لهذه الخبرات المؤلمة .

٢ ـ تخويف الأطفال :

قد يلجأ الوالدان إلى أسلوب تخويف الأطفال إذا تأخر الطفل مثلاً عن النوم بعد ذهابه للفراش فيلجأ الوالد أو الوالدة إلى تهديد الطفل بأنّه سوف يحضر له أحد الحيوانات المفترسة أو أنّ هذا الحيوان المفترس ينتظر خارج الباب وبأنّه سوف يأكله إذا لم ينم . . فكيف لمثل هذا الطفل أن ينام نوماً هادئاً وهو مهدد بهجوم مثل هذا الحيوان عليه ؟ وكيف له أن يخرج خارج البيت والحيوان ينتظره ؟

كما يخاف الطفل من الكلب إذا خوّفه والده منه ، أو قصّ عليه قصصاً عن الكلب المفترس ، وهكذا فإنّ هذا الطفل الصغير يصدق هذا التهديد ، ويستجيب لأمه وهو يتألم من الخوف ، والذي يمكن أن يعممه على الحيوانات الأخرى المشابهة . ويبقى هذا التأثير إذا لم يعالج يؤثر في شخصيته حتى نهاية الحياة . . لهذا فإنّ حشو دماغ الطفل بمثل هذه الخرافات والأوهام وإرهابه بالحيوانات المفترسة والأشباح والشعوذة تجعله يقضي الكثير من وقته في التفكير في هذه الخرافات مما يبدد طاقته الذهنية في أمور لا جدوى منها .

٣ ـ التقليد :

يتعلم الأطفال الخوف في كثير من الأحيان عن طريق تقليد الكبار أو الأخوة أو الزملاء . وقد دلّت الدراسات أنّه يوجد لدى الطفل شديد الخوف واحد من الوالدين على الأقل مصاب بمخاوف شديدة . . فالأم التي تخاف من الحشرات والصراصير والمرتفعات يصيبه ما أصابها من هلع أو خوف عند رؤيته مثل هذه الحشرات أو صعوده إلى تلك المرتفعات . فالخوف انفعال يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها تماماً مثلما يتعلم أخلاقه أو ميوله أو اتجاهاته المختلفة (عريفج ، ١٩٨٧) .

فالأطفال يكتسبون مخاوف والديهم عن طريق عمليات التقمص أو التعلم بالملاحظة .

كما يلجأ أحد الوالدين إلى رواية خوفه أمام الأطفال أو أحدهم عن حيوانات معينة مما ينعكس على الطفل ويؤدي إلى شعوره بالخوف . . كما أن الآباء الذين يخافون من عدم مقدرتهم على مواجهة مؤثرات الحياة يسهمون في تطوير نظرة إلى العالم قائمة على الخوف لدى أطفالهم . فقد أقر أغلب المرضى المتقدمين في السن والذين يُعانون من مخاوف في تقاريرهم أنهم عانوا من الخوف أثناء طفولتهم ، وغالباً ما كانت أمهاتهم يعانين من مخاوف في طفولتهن (عبد الرازق ، ١٩٨٧) .

ولهذا ، فإن مخاوف الأطفال التي يتم تعلمها من هذا الطريق تكون على درجة خاصة من الثبات أو البقاء .

٤ ـ المشاهدات التي يراها الطفل من خلال التلفزيون والفيديو والكتب الهزلية :

تحتوي مشاهد التلفزيون وأفلام الفيديو والكتب الهزلية على جميع أشكال العنف ، والتأثير السلبي لمثل هذه المشاهد يظهر على شكل مزيدٍ من الخوف والعدوان لدى مشاهدي العنف .

فقد أظهرت الدراسات أن الأطفال الذين يشاهدون التلفزيون ممن تقع أعمارهم ما بين ٧ ـ ١١ سنة هم أكثر خوفاً من الأطفال من العمر نفسه والذين لا يُشاهدون هذه البرامج .

فمشاهدة الطفل لفيلم مرعب فيه قتل وسفك دم وممارسة اعتداء ووحشية أو خطف أطفال يجعل الطفل يعتقد أن ما رآه في الفيلم الذي شاهده هو حقيقة وليس مجرد فيلم للتسلية ، وأن ما حدث للطفل أو للأطفال أو الكبار في الفيلم يمكن أن يحدث له .

ولهذا يصاب الطفل بالخوف ويرفض النوم وحده في الغرفة المظلمة خوفاً من أن يمسه الأذى الذي شاهده في الفيلم ، لأن الطفل بعد مشاهدته لفيلم مزعج يبدأ بالاعتقاد بأنه سوف يُهاجم في غرفته بوساطة الشخص الذي في الفيلم .

٥ ـ الخوف المرضي :

قد يكون الخوف المرضي ـ من وجهة نظر فرويد ـ وسيلة هروبية لحماية الشخص من الإفصاح عن رغباته المكبوتة أو الاعتراف بحقيقة مشاعره . . . فالخوف هنا عبارة عن وسيلة دفاع لحماية الفرد من رغبة لا شعورية مستهجنة جنسية أو عدوانية غالباً ، أو أنه يتعلق بكرهٍ غير ظاهر أو رغبةٍ دفينة .

٦ ـ المخاوف :

تنشأ المخاوف ـ حسب رأي المدرسة السلوكية ـ عن طريق التعلم . فالطفل يتعلم الخوف عن طريق الربط بين شعوره بالخوف الشديد في بعض المواقف وبعض الأشياء أو الحيوانات أو الموضوعات ثم ينسى كيف تم هذا الربط . فتعلم الطفل (ألبرت) للخوف حسب ما ذكره (واطسن) والذي لم يكن يخاف من الفئران البيضاء ، علّمه واطسن الخوف منها بأن قدم له فأراً أبيض وقرع من خلفه قضيبين من الحديد فخاف الطفل من الصوت العالي الصادر عنهما .

وبتكرار العملية ربط الطفل بين الفأر الأبيض والصوت المزعج مما أدى إلى تعلّم الطفل الخوف من الفأر الأبيض وعممّ هذا الخوف حتى أنه أصبح يخاف من كل الحيوانات ذات الفراء الأبيض .

٧ ـ الأسباب الأسرية :

والظروف الأسرية المضطربة والتي يسودها التوتر والمشاحنات المستمرة بين الأبوين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأبناء تؤدي إلى شعورٍ بعدم الأمن . فالأطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون أنهم أقل قدرة من غيرهم على مواجهة المخاوف ، وتتطور هذه المشاعر وتتضخم عند الطفل لتصبح على شكل خوفٍ مرضي .

بالإضافة إلى ذلك فإن أساليب التربية المتزمتة أو العطف الزائد وعدم المساواة بين الأطفال يمكن أن توجد الخوف عند الأطفال . . . وهذا الخوف يتطور لديهم ليصبح على شكل خوف مرضي وفقد الثقة بكل المحيطين .

كما أن توقعات الآباء المبالغ فيها من الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الخوف

من الفشل عند الأطفال ، فالآباء الذين يتزعون إلى الكمال الزائد كثيراً ما يُعاني أطفالهم من الخوف ، فهم لا يستطيعون تلبية متطلبات الوالدين ويخافون من محاولة ذلك . بالإضافة إلى ذلك فإن نقد الأطفال الزائد يطور لدى الطفل شعوراً بالخوف بعدم المقدرة على عمل الأشياء الصحيحة .

وهم يتوقعون دائماً الاستجابات السلبية مما يظهر لديهم الجبن والخنوع . . . كما أن التهديد المتكرر بالتقييم السلبي يؤدي إلى نتيجة مشابهة . . فالطفل الذي يُكرر توبيخه لتوسيخ ملابسه تكون النتيجة أن الطفل يخاف من الاتساخ لديه ، وقد يتعمم هذا الخوف ليصبح خوفاً من الفوضى أو عدم الانتظام .

الوقاية من المخاوف المرضية :

يتفق الكثير من علماء النفس على أن المخاوف المرضية عند الأطفال هي استجابات متعلمة ، والوقاية منها وعلاجها ميسوران ويكون ذلك بمساعدة الأطفال على حل صراعاتهم (عند علماء التحليل النفسي) وإزالة التعلم الخاطىء الذي واجهوه في البيت والمدرسة (عند السلوكيين وأصحاب نظرية التعلم الاجتماعي) .

وتتلخص أهم الطرق الوقائية من المخاوف المرضية فيما يلي :

١ - عدم تخويف الأطفال وكذلك عدم استغلال مخاوفهم من السيطرة عليهم وضبط سلوكهم .

٢ - تبصير الأطفال بالأشياء المؤذية ، وتوضيح ما فيها من تهديد لحياتهم ، وبيان كيفية الحذر منها والبُعد عنها ، حتى تكون استجاباتهم مناسبة لما فيها من أخطاء .

٣ - تشجيع الطفل على الاعتماد على نفسه ، وتحمّل المسؤولية حتى يتعوّد على الجرأة والإقدام .

٤ - تدريب الآباء والأمهات أنفسهم على ضبط انفعالات الخوف عندهم لإخفاء مخاوفهم عن أطفالهم حتى لا يتعلموها بالملاحظة والتقليد . . . ولهذا فلا بد أن يكون الوالدان نموذجاً للهدوء والتفاؤل والاستجابة بشكل مناسب .

٥ - تقليل قلق الأمهات على أطفالهن لأنه كلما كانت الأم قلقة أو خائفة على

طفلها ، كلما قلق الطفل أيضاً وخاف على نفسه .

٦ ـ الإقلال من تحذير الآباء لأبنائهم أو تأنيبهم أو تحقيرهم وإهانتهم أو ضربهم ، لأن مثل هذه التصرفات من الآباء تضعف في أبنائهم الثقة بالنفس ، وتجعلهم هيابين جبناء ، يشعرون بالتهديد والخوف من أشياء ومواقف كثيرة .

٧ ـ إذا حدث ما يزعج الطفل ويخيفه فلا بد من مناقشته وتبصيره بالحادث بأسلوب يناسب فهمه وإدراكه ، ومساعدته على حل الصراعات التي قد تنشىء مثل هذه المواقف .

٨ ـ لا بد أن توجد رقابة علمية وتربوية على المطبوعات المحلية والمستوردة وكل ما يُذاع ويُبث عبر الراديو والتلفزيون وأفلام الفيديو حتى نجنب أطفالنا من الأضرار النفسية (عودة ، وآخرون ، ١٩٨٤) .

علاج المخاوف المرضية :

إذا تأصل الخوف عند الطفل وأصبح خوفاً مرضياً ، فإن الحديث المباشر مع الطفل على أن ما يخاف منه لا يُسبب له أذى ، كما أن حث الطفل على التغلب على مخاوفه وتحقيرها لا يفيد كثيراً ، ولا بد من استخدام العلاج النفسي وفنياته في علاج المخاوف المرضية (الفوبيا) ، وأكثر هذه الطرق استخداماً ما يلي :

أ ـ العلاج بالاستبصار : Insight Therapy :

وهو نوع من العلاج النفسي يقوم على الكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ومساعدته على حلها وتنمية ثقته بنفسه وبمن حوله ، وتعديل مفهومه عن ذاته وتعديل اتجاهاته نحو والديه وأخوته وأصدقائه ومدرسيه . . . بالإضافة إلى ذلك فلا بد من تبصير الوالدين والمدرسين وكل من له علاقة بمخاوف الطفل ضرورة المساهمة في علاج هذه المخاوف ، فعلاج المخاوف المرضية عند الأطفال يعتمد على تعاون المحيطين بالطفل إلى حدٍ كبير .

ب ـ العلاج السلوكي : Behavior Therapy :

يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل السلوك Behavior Modification ويتم

ذلك عن طريق تحديد السلوك المطلوب تعديله والظروف التي يحدث فيها ذلك السلوك وتعديل العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب ، ويحدث ذلك عن طريق إضعاف استجابات الخوف عند الطفل الذي يُعاني من المخاوف المرضية وتقوية استجابات عدم الخوف من الموضوعات التي تعلم الخوف منها ، وأهم طرق العلاج السلوكي المتبعة في علاج المخاوف المرضية ما يلي :

١ ـ خفض الحساسية المنظم للإحساس بالخوف :

الهدف من هذه الطريقة مساعدة الطفل الذي يُعاني من المخاوف المرضية ليصبح أقل حساسية تجاه الموضوعات المثيرة لهذه المخاوف ، ويتم ذلك عن طريق اقتراب الطفل تدريجياً من الأشياء التي يخافها سواء أكان ذلك في مواقف حقيقية أو عن طريق التلفزيون أو عن طريق التخيل . لذلك ينبغي عدم إجبار الأطفال على التربيت على كلب يخافون منه ، فالطريقة المثلى هي ترك الأطفال يراقبون كلاباً يتم إطعامها من وراء النافذة ثم يُراقبون كلاباً في الغرفة نفسها ، ويقومون بإطعام الكلب بأنفسهم . فالتقدم التدريجي يؤدي إلى تزايد الشجاعة شيئاً فشيئاً . ومن الممكن أن تقرأ للطفل قصصاً عن الكلاب ، وأن تتاح لهم فرصة اللعب مع الجراء الصغيرة بدلاً من اللجوء إلى أسلوب الإقناع فحسب ، مما يؤدي إلى تناقص المخاوف عند الطفل .

إن تقريب الطفل التدريجي من الموضوع المخيف وهو مسترخٍ وفي حالة نفسية طيبة تجعل الموقف المؤلم ممتعاً وغير مؤلم مما يغيّر استجابة الطفل وانتقاله من الخوف إلى الأمن والطمأنينة .

٢ ـ ملاحظة نماذج الشجاعة مع التشجيع المقرون بالشرح اللفظي :

وهذه الطريقة تساعد في تقليل الحساسية ، فالطفل من خلال الملاحظة يتعلم كيف يتعامل مع الأفراد غير الخائفين في المواقف المخيفة . . فالملاحظة تقنع بعض الأطفال بأن ما يخافون منه هو في الواقع لا خطورة فيه ومثال ذلك : أن تُعرض على الطفل أفلام كرتونية فيها الشيء الذي يخاف منه ، ويلاحظ أيضاً الأطفال الآخرين يشاهدونه وهم فرحون مسرورون . . . فيقوم الطفل بتقليدهم في سلوك الشجاعة هذا ويتخلى عن مخاوفه ويجعله يقبل على الموضوع المخيف بارتياحٍ شأنه شأن غيره من الأطفال ، ومن المفضل في هذه الطريقة المزاوجة بين

الشرح اللفظي وتشجيع الطفل مادياً أو جسمياً على مواجهة الموقف المخيف بالتدريج وذلك بوجود الوالدين . وهذا من شأنه أن يساهم في تهدئة الطفل .

فكلمات الشرح اللطيفة من قِبل الوالدين تُعتبر إثابة للطفل من أجل كفّ استجابة الخوف ليتعلم استجاباتٍ أخرى أكثر نضجاً .

٣ ـ الاسترخاء :

إنّ استرخاء عضلات الطفل الخوّاف يعارض ظهور الشعور بالخوف عنده (إشراط مضاد) . فالاسترخاء يساعد الطفل على التركيز الإيجابي ، فالخوف من الظلام مثلاً يمكن أن يُضاد عن طريق الاسترخاء التام ، ويتم تدريب الطفل على فعالية الاسترخاء وهو في سريره أولاً ، ليستطيع استخدامه في المواقف المثيرة للخوف ، حيث يتمكن من الاسترخاء لمجرد الإثارة أو كلمة بسيطة مثل (استرخِ) ، كما يمكن تدريب الطفل على الاسترخاء بفاعلية في أثناء وجوده في حمام دافىء مما يكسبه طريقة للتغلب على الخوف عندما يذهب إلى النوم فيقوم بإرخاء عضلاته ويتخيل نفسه في حمامٍ دافىء .

ويمكن استخدام الاسترخاء مع خفض الحساسية التدريجي من الموضوع المخيف للطفل بحيث يتم وصف مشاهد تزداد في قوة إخافتها للطفل شيئاً فشيئاً ، ويقوم الطفل بالاسترخاء في كل مرة يشعر فيها بالخوف من المشهد الذي يتم وصفه ، كما يمكن استخدام طريقة التأمل لتهدئة الطفل عن طريق التنفس ببطء وانتظام ويتناغم مع العد ببطء أيضاً ، ومن المفضل أن يتعلم الطفل التأمل بعد أن يتمكن من الاسترخاء العضلي التام .

٤ ـ الإيحاء الذاتي :

إنّ تعليم الطفل كيفية الإيحاء الذاتي (التحدث مع الذات) بشكلٍ صامت يمكن أن يحسّن من مشاعره نحو الموضوع المخيف .

فالتفكير بالأشياء المخيفة يجعلها تبدو أكثر خوفاً ، في حين أن التفكير بأفكارٍ إيجابية تؤدي إلى سلوك أهدأ . ومثال ذلك : « أستطيع أن أواجه ذلك » ، « إنني أصبح أكثر شجاعة ، أزمة وتمر » ، « كل شيء سيكون على ما يرام » ، « أنا بخير » ، « إنها مجرد تخيلات » ، « الوحوش لا توجد إلا في الأفلام وبعيداً عن

الناس » ، « الرعد لا يمكن أن يؤذيني » .

كما يمكن تدريب الأطفال على كيفية إيقاف أفكارهم المخيفة بمجرد قول (توقف) وبعدها يقولون لأنفسهم عباراتٍ إيجابية مضادة .

ثالثاً : عصاب الوسواس القهري

: Obsessive Compulsive Neurosis

مفهوم عصاب الوسواس القهري ومظاهره :

يتطلّب عصاب الوسواس القهري « نمواً عقلياً معيناً » ولهذا فإن هذا النوع من العصابات لا يحدث في الطفولة المبكرة ، بعكس حالات القلق والخوف التي يمكن أن تظهر بشكلٍ واضح خلال هذه المرحلة . فالأطفال في الأعمار بين سنتين وسبع سنوات يقومون بأداء الألعاب أو تكرار الأقوال أو إجراء الطقوس بطريقة جامدة ، وفي عمر ١٢ سنة يأخذ الاتجاه المطلق بالتحول التدريجي إلى النسبية . وبالاعتماد على خبرات التعلم والذكاء يصبح الأطفال أكثر مرونة ويفهمون أن القواعد ليست شيئاً مطلقاً وإنما هي معايير متفق عليها .

والوسواس القهري عند الطفل أكثر ظهوراً في عمر ٨ ـ ١٠ سنوات وما فوق ، وأكثر تأثيراً في الفرد في مرحلة البلوغ والمراهقة .

ويذكر منصور (١٩٨١) أن أكثر من نصف حالات الوسواس القهري توجد عند من تقل أعمارهم عن عشرين عاماً ، كما أن ٢٠ ٪ من هذه الحالات توجد بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمسة عشر عاماً . كما أن كثيراً من حالات عُصاب الوساوس القهرية تظهر فجأة ، ويعمل في تعجيلها ظهور حادثة جديدة في حياة الفرد ويظهر عند الذكور أكثر من الإناث ، ويظهر عصاب الوسواس القهري على شكل سلوك حركي أو فكري مستمر أو دوري يضمن وجود أفكار أو اندفاعات أو مخاوف مع يقين الفرد بتفاهة هذه الوساوس ، وعدم معقوليتها ، وأنها لا تستحق الاهتمام ، ومحاولة الفرد مقاومتها والتخلص منها مما يترتب عليه الشعور بالعجز الاجتماعي والألم النفسي .

كما يعاني المصاب من اضراعٍ دائم يُصاحب عملية تفكيره ، وبقابليته للإيحاء فيما يتعلق بصحته نتيجة لما يُعاني من إجهادٍ ناتج عن أفعاله وقلقه وهمومه

المستمرة . وقد قسّم العالِم الألماني « أشتيكل » الوساوس القهرية إلى ثلاثة أنواع : تسلط أفكار ، وتسلط أفعال ، وتسلط أفكار وأفعال .

ولعل ما يميز الوسواس القهري عند العاديين عنه عند المرضى أنه لا يمتد عند العاديين لفترة طويلة ، ولا يؤثر في سلامة التفكير بشكل كبير ، ومن السهل أن يزول مع الزمن والانشغال بأفعال أخرى . أما الوسواس القهري المرضي فيتحكم تماماً في الوظائف الشعورية ، ويلح على الفرد بصفة مستمرة ، مجبراً إياه على التفكير والاعتقاد والفعل بطريقة معينة ، قد تستحوذ على الفرد دون أن يستطيع مقاومتها ، مثل الإكثار من غسل اليدين ، أو تبديل الملابس أو تفقّد المكتبة ، أكثر من مرة قبل أن يغادر المنزل ودون مبرر لذلك . والجدير بالذكر فإن الكثير من ألعاب الأطفال يكون لها طابع قهري ، فطالب المدرسة الذي يعد درجات السلم في أثناء هبوطه أو تسلقه ، وكذلك الذي يقذف الحجر بقدمه عند عودته من المدرسة إلى المنزل وكذلك عند ذهابه ، أو يسير خطوة على الرصيف وخطوة على الأرض وهو يعلم تفاهة هذه الأعمال دون أن يستطيع التوقف عنها .

والحقيقة فإن السلوك القهري أو الكمالية البسيطة ، إذا أحسن استخدامها ، يمكن أن تكون عوناً أكيداً للطفل .

فالطفل يمكن أن ينجح في إنجاز الكثير ويكافأ من قِبل الآخرين ، وينظر الكثير من الآباء والمعلمين إلى الكمالية والترتيب كفضائل ، ولا يعملون على تعديل مثل هذه السمات . ولهذا يكون على الراشدين أن يوجدوا لدى الطفل نوعاً من التوازن بين الحرص على التفوق والكمال ، وبين البقاء كشخص مرن ، سهل التعامل مما يسمح له بالتكيف مع الصعوبات التي يواجهها .

أسباب الوسواس القهري :

يُعتبر عصاب الوسواس القهري من أقل الاضطرابات النفسية شيوعاً ، فنسبته مثلاً ٢,٦ ٪ من بين المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس بالقاهرة (عُكاشة ، ١٩٧٦) . وبالرغم من ذلك فإن له أسباباً منها :

١ ـ الأسباب الوراثية والفسيولوجية :

يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في نشأة الوسواس القهري، حيث وجدأن آباء الأولاد المرضى بالوسواس يُعانون من المرض نفسه وكذلك خُمس الأخوة والأخوات (عكاشة، ١٩٧٦). ويرى أنتوني Anthony (١٩٦٧)، أن أكثر من نصف آباء الأطفال المصابين بعصاب الوسواس القهري هم أنفسم مصابون به، مما يشير إلى وجود عملية تقليد من الطفل لهذا النوع من السلوك العصابي، فالمصاب بوسواس قهري كثيراً ما يوجد في أسرة يتكرر فيها هذا العصاب (منصور، ١٩٨١).

وتشير الدراسات إلى أن للعامل الفسيولوجي دوراً في وجود عصاب الوسواس القهري. فقد تبين أن هذا العصاب يُصيب الأطفال الذين لم يكتمل عندهم نضج الجهاز العصبي بعد، كما ظهر لديهم أيضاً وجود اضطراب في رسم المخ الكهربائي. بالإضافة إلى ذلك فقد ذهب البعض إلى أن الوسواس القهري ناتج عن وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ، وهذه البؤرة تسبب حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعاً.

٢ ـ الأسباب النفسية :

للشدات والضغوط النفسية التي يواجهها الفرد دور في تحويل القلق والاكتئاب إلى وساوس تدور حول المشكلات الجسمية التي يُعاني منها الفرد، وتصبح بمثابة واجهة نفسية للتكيف اللاشعوري.

فالطفل في هذه الحالة يتجنب المصدر الحقيقي لعدم الارتياح بإنجاز سلوك آمن «من وجهة نظره». فالصراعات والصعوبات الحقيقية عند الطفل لا تواجه ولا تحل ويتم الانشغال عنها بالسلوك الوسواسي القهري. فأي شعور قوي يمكن إخفاؤه وتحويله إلى سلوك وسواسي قهري. ولهذا يصبح السلوك النمطي لدى الطفل هو تجنب المشكلات وعدم حل الصراعات وعدم التعبير عن المشاعر بوضوح مما يجعل الطفل يتسم بالآلية، فهو يفي بالتزاماته إلا أن علاقاته مع الآخرين يعوزها الدفء العاطفي والأخذ والعطاء بسهولة.

بالإضافة إلى ذلك فإن الإحباط المستمر في المجتمع والتهديد المتواصل بالحرمان، وفقدان الشعور بالأمن تؤدي إلى ظهور الوسواس القهري عند الفرد،

حيث يظهر أعراض الوسواس عند الفرد وكأنه يتلمس الأمن ويتجنب الخطر في النظام والتدقيق والنظافة وغير ذلك . بالإضافة إلى ذلك فإن الخوف ، وعدم الثقة بالنفس ، والكبت عوامل أساسية في ظهور الوسواس القهري عند الفرد .

فالخوف مثلاً يتم تخفيضه عن طريق الانشغال بسلوك يؤدي إلى تأجيل الحادث غير المرغوب ، فمن طريق عد أو تنظيم الأشياء يؤخر الأطفال بعض المواقف الباعثة على التوتر سواء أكانت حقيقية أم متخيلة ، فقد يخاف الطفل أن يلحق به الأذى خارج البيت ، ولهذا فإنه يقضي وقتاً طويلاً وهو يكرر نشاطاً ما قبل مغادرته للبيت . فالسلوك الوسواسي القهري هو سلوك يستمر ذاتياً لأنه يؤدي إلى التخلص من التوتر بشكل مؤقت فقط ، ولهذا فلا بد من إعادة السلوك القهري ومحاولة الوصول إلى الكمال في كل مرة يعود القلق من جديد . ولكن الطفل يشك بصحة هذا السلوك الذي يقوم به فيصبح قلقاً ويجد بأن عليه تكرار السلوك من جديد وهكذا . . . فالأطفال غير الآمنين والمترددين يشعرون بحاجة قوية إلى التنظيم والترتيب كي يخفضوا من قلقهم وتوترهم .

ويعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس القهري يظهر مثيراً شرطياً للقلق نتيجة ارتباطه بمثير غير شرطي مثير لهذا القلق . فالسلوك القهري يتكون عندما يكتشف الفرد أن سلوكاً معيناً يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسي ، وتخفيف القلق يعزز هذا السلوك القهري ويثبته ويصبح نمطاً سلوكياً متعلماً (زهران ، ١٩٧٨) . أما أصحاب مدرسة التحليل النفسي فيرجعون هذا العُصاب إلى المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الفرد « المرحلة الثانية من مراحل النمو النفسي الجنسي للفرد » وقسوة رقابة الأنا الأعلى للفرد مما يكوِّن عنده وسواساً وشكًا في عدم قدرته على التحكم في تصرفاته ومراقبتها .

كما يرى فرويد أيضاً أن بعض حالات الوساوس والقهر ترجع إلى خبرة جنسية مثلية سلبية تكبت وتظهر فيها بعد معبراً عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهري يظهر السلوك الوسواسي القهري بشكل رمزي ، يسعى فيه المصاب لاشعورياً إلى عقاب ذاته ، ويكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي وراحة للضمير . مثلاً ، عندما يلجأ الفرد إلى غسل يديه عدة مرات تعبير رمزي عن غسيل النفس وتطهيرها من الإثم المتصل بخطيئة أو خبرة مكبوتة .

٣ ـ الأسباب الاجتماعية :

يظهر عصاب الوسواس القهري على شكل تقليد للوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس القهري .

كما أن أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة ، والتربية المتزمتة والصارمة والتي تقوم على الأمر والنهي والقمع للسلوك والعقاب المتكرر ، والتدريب الخاطىء والمتشدد على النظافة والإخراج في مرحلة الطفولة يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض عصاب الوسواس القهري عند الطفل .

بالإضافة إلى ذلك فإن توقعات الوالدين المتشددة من الأطفال يمكن أن تسهم في ظهور سلوك الوسواس القهري عندهم . فالآباء المتشددون هم أنفسهم جامدون وكماليون قـليلو الاحتمال لجوانب الضعف وعدم الاتساق لدى الطفل ، وقد يكونون معزولين اجتماعياً ، ويحرصون على التأكيد الشديد على صواب التعامل وعلى النظافة .

فكثيراً ما يسمع الطفل من والده أو والدته عبارات مثل : « إنني أعرف أنك تستطيع ذلك ، لذلك لا تعطي أية أعذار » ، فمثل هؤلاء الآباء ينقصهم التعاطف ، وهم غير قادرين على رؤية الأمور من وجهة نظر الطفل ، إنهم يقدمون نموذجاً للسلوك القهري ويعززونه ، وعلاقاتهم بأطفالهم علاقة محايدة ، أو باردة أو عدوانية ، وهم يمثلون نموذجاً للكمالية الزائدة فبعض الأطفال يظهرون الطاعة مباشرة عن طريق القيام بالسلوك الكمالي المتوقع استجابة للأبوين المتشددين ، في حين أنّ بعض الأطفال يصبحون عدوانيين. والحقيقة ما إن يبدأ السلوك القهري بالظهور حتى يصبح في العادة متولداً ذاتياً(شيـفر وآخـرون ، ١٩٨٩) .

علاج الوسواس القهري :

أ ـ العلاج الطبي :

يمكن استخدام العلاج الطبي في حالة الوسواس القهري في حالة فشل العلاج النفسي والبيئي . وفي هذه الحالة يمكن تقديم بعض العقارات المضادة للقلق والإكتئاب ، والأدوية المطمئنة الكبرى ومثال ذلك : عقار « الأنافرانيل » ،

وبعض المهدئات مثل الفاليوم وذلك تحت إشراف طبي دقيق.

ب ـ العلاج النفسي :

يعاني الفرد المصاب بوسواس قهري من صراع وهو بحاجة إلى من يساعده ويأخذ بيده من أجل تركيز انتباهه وتفكيره في موضوع معين ، وإلى من يعينه في اتخاذ القرار لإنهاء ما يعانيه من صراع .

كما يمكن للمعالج النفسي أن يستثمر قابلية الفرد الوسواسي للإيحاء فيغير الكثير من الانفعالات والاعتقادات لديه .

وبما أنّ السلوك الوسواسي القهري يرتبط بالشعور بالأمن « أو تجنب القلق » فمن الضروري إعادة إشراط الطفل بحيث لا يبقى السلوك القهري ضرورياً لتجنب القلق وبعدها يصبح الطفل قادراً على التصرّف بدون قهر وطقوس كمالية وهو يشعر بالارتياح في الوقت نفسه .

فالتحصين التدريجي للأطفال الذين يعانون من عصاب الوسواس القهري يكون مفيداً حيث يتم تعليم الطفل على الاسترخاء مع تقليل حساسيته تجاه الأشياء المقلقة بتعريضه لتلك الأشياء تدريجياً مبتدئين بأبسط المواقف المقلقة ومنتهين بأعقدها ويكون ذلك عن طريق الإسترخاء مع تخيل الطفل للمشهد المثير للقلق ، مما يجعله أقل حساسية تجاه أداء الطقوس الوسواسية ، ويتمكن تدريجياً من أن يتصرف بحرية . فبعض الأطفال يشعرون بأنّ عليهم أن يرتبوا الأشياء بدقة وإلاّ شعروا بالقلق والانزعاج ، وعندما يكون هؤلاء الأطفال مسترخين نطلب منهم أن يتخيلوا بأنهم تركوا غرفهم دون ترتيب ، فهم يتصورون أنّهم غادروا الغرفة ويتعلمون أنّ بوسعهم الشعور بقلق بسيط دون أن يسيطر عليهم ، وفي كل يوم يمكن تكرار تصوّر المشهد نفسه حتى يتم تخيّل المشهد دون شعور بالقلق ، ثمّ يطلب منهم ترك غرفتهم بدون ترتيب دون أن يكون لديهم أي شعور بالقلق .

بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يفيد تشتت انتباه الطفل الذي يعاني من وسواس قهري إلى لعبة أو نشاط يصرف انتباهه به عن الاستمرار في السلوك القهري المعتاد . والهدف من ذلك هو أن يقوم الطفل بشيء ذاته عن الانشغال في السلوك الوسواسي القهري .

كما أنّ التصحيح الزائد هو شكل من أشكال إعادة الإشراط ، ويتمثل في إظهار السلوك المشكل بشكل زائد ، فلكي يتم التغلب على العادة غير الضرورية يطلب من الطفل أن يقوم طوعياً بتكرار السلوك القهري ، وفي بعض الأحيان قد تستخدم المكافأة أو العقوبة للتأكد من إطاعة الطفل .

فعندما يبدأ الأطفال بصف الأشياء أو اللمس أو المحو . . . الخ .

يطلب منهم التوقف وأداء تمرينات بأيديهم وأذرعهم لمدة خمس دقائق ، مثلاً يمكن أن يرفعوا أذرعهم فوق رؤوسهم ثمّ يلمسوا أكتافهم ، ثمّ يضعوا أيديهم على وسطهم ، ثمّ يلمسوا أكتافهم ، ثمّ يضعوا أيديهم فوق رؤوسهم . . . الخ .

وبعد تكرار ذلك عدة مرات تبدأ العادات القهرية بالضعف في أغلب الأحوال (شيفر ، وميلمان ، ١٩٨٩) .

- ومن الطرق المفيدة في علاج السلوك الوسواسي القهري : استخدام الطفل سلوكاً بديلاً عن السلوك القهري تقل فيه الطقوسية تدريجياً بحيث يؤدي إلى التخلص التلقائي من جميع السلوك القهري . ويتمّ ذلك عن طريق الشرح للطفل وإقناعه بأن ما يقوم به من سلوك قهري ليس ضرورياً ، ولا بدّ من النية الصادقة لاستبداله وعدم إضاعة الوقت بسلوك لا جدوى منه .

- وعندما يتصرف الطفل القهري بطريقة صحيحة بعيدة عن النمطية يمتدح ويكافأ لأنّ إعطاء الطفل بعض الامتيازات نتيجة تخليه عن بعض الأفعال الطقوسية أمر فعّال .

وأن يتمّ الامتناع عن تشجيع الطقوس المختلفة في حالة ظهورها ، وأن يستخدم أسلوب وقف التعزيز حين ظهور السلوك القهري عند الطفل حيث لا يحصل الطفل على المكافأة لفترة معينة .

وإيقاف السلوك القهري لا بدّ أن يعمّم وإلاّ يقتصر على البيت بل يتم في مواقع أخرى « في المدرسة وخارج المنزل . . . إلخ » .

- ولا بد من تشجيع الطفل التعبير عن مشاعره للوقاية من تطور السلوك الوسواسي القهري عنده . فعملية التعبير عن المشاعر من طريق القيام بنشاط جسمي في أثناء الغضب يشعر الطفل بالارتياح . مثلاً إذا قام الطفل بلكم دمية

مطاطية وهو يصيح « إنّني أكرهك » ، يمكن أن ينفس عن الطفل ويشعره بالارتياح .

العلاج الاجتماعي :

ينصح الفرد في حالة الإصابة بعصاب الوسواس القهري بتبديل مكان إقامته أو عمله ، خاصة إذا كانت الأفكار أو الأفعال الوسواسية متصلة بالمكان أو بالعمل .

وقد يكون هذا التغيير من شأنّه أن يساعد في التقليل من آثار الوسواس القهرية .

وفي حالة الأطفال يمكن أن يكون العلاج باللعب أجدى الطرق التي يتم من خلالها التغلب على عصاب الوسواس القهري حيثّ أن اللعب يفيد في توسيع دائرة العلاقات الاجتماعية ويقضي على العزلة ويعلم الطفل كيف يتعامل مع الآخرين ويصرف انتباهه عن الفكرة التي تثير عنده هذه الأنواع من العُصاب .

كما أنّ العلاج الأسري والعلاج بالترفيه من الطرق الأخرى في العلاج الاجتماعي وتفيد في حالة عصاب الوسواس القهري .

رابعاً : فصام الطفولة Childhood Schizophrenia :

مفهوم فصام الطفولة ومظاهره :

يُعتبر فصام الطفولة حالة ذهانية تظهر بعد سن الخامسة ، حيث يكون الطفل الفصامي قد عانى من سوء الصحة الجسمية منذ الميلاد ، مع شيوع مشكلات التنفس والتمثيل الغذائي والهضم . والطفل الفصامي تضطرب عنده الاتجاهات الزمانية والمكانية ، ويكون مشوشاً وقلقاً بسبب البيئة التي يعيش فيها ، كما تحدث عنده هلاوس وهذاءات أحياناً ، بالإضافة إلى ظهور سلوك حركي غريب عنده قد يتضمن الدوران بالجسم حول محوره ، والمشي على أطراف الأصابع (أصابع القدمين) ، كما تحدث عنده اضطرابات في النوم ، والأكل والإخراج (سوين ، ١٩٨٨) .

فالتفكير المشتت هو السمة المميزة للفصامي ، حيث يلاحظ أنّ معظم

الأطفال الذهانيين مصابون بنقص حادّ في النمو الادراكي والعقلي والاجتماعي .

وقد بينت إحدى الدراسات التي أجريت في هذا المجال أنّ ٣١ ٪ من فصام الطفولة هو سلوك نكوصي وعلى درجة عالية من التوافق السيء ، وأن ١٨ ٪ كشفت عن فشل في تحقيق معدلات النمو الملائم في مرحلة سابقة ، و٥٠ ٪ من الحالات بدت متخلفة خلال الشهور الأولى من الحياة .

كما أظهرت دراسة أخرى أنّ ٨٠ ٪ من الحالات لم يكن نموها عادياً بالمرة ، بينما ظهر أنّ الباقي قد مر بعامين أو ثلاثة من النمو العادي .

هذا وقد شخصت أغلب حالات الفصام عند الأطفال ما بين ست و٨ سنوات وسن المراهقة .

ومن أبرز الخصائص لفصام الطفولة كما ذكرها (منصور ، ١٩٨١ ، ص ٣٢٢) ما يلي :

- النمو اللغوي غير الملائم .
- الكلام الغريب .
- العجز عن التعامل مع المواقف الجديدة .
- نقص في توحد الشخصية .
- الانعزالية .
- الحركات التكرارية .
- السلبية .
- تبلد الإحساس .
- الاضطرابات الحركية .

ويعتبر العالم السويسري « يوجين بلويلر » Bleuler أول من أدخل مصطلح الفصام (Schizophrenia) ومعناه الانقسام العقلي ، وقسّم الأعراض المرضية في الفصام إلى أعراض أساسية (جوهرية) وهي اضطراب التفكير المتميز بتفكك الروابط واضطراب الوجدان ، والذاتوية (autism) وثنائية المشاعر ، وأعراض مصاحبة وهي الهلاوس والضلالات . . .

ويبنّ « بلويلر » أنّ تأثيرات البيئة الخارجية تلعب دوراً رئيسياً في تحديد

سلوك المضطرب . وقد أكّد « ماير Meyer» مفهوم بلويلر الأساسي للفصام وضمنه أيضاً تاريخ حياة الفرد ، ووجد أنّه من الضروري دراسة الفرد منذ بداية حياته ، وأنّ كل العوامل التي قد تسهم في نمو الذهان وتطوره ينبغي تقييمها .

كما وجد « ماير » أنّ الفصام نتاج التأثيرات البيولوجية والنفسية والبيئية المتفاعلة . فالطفل الفصامي لا يشعر بالطمأنينة في طفولته ، حيث تتصف علاقته بمن حوله بالقلق الشديد ، والعدوان ، والانعزال إلى درجة أنّه لا يستطيع تكوين علاقات مع والديه ومع الأطفال الآخرين . كما أنّ نظرته إلى ذاته يشوبها الكثير من التشويه ، وتكون مؤلمة إذا استمر الفصامي مدركاً لها وعالماً بها .

كما يشعر الفصامي بالتهديد الداخلي لا يفارقه ، وبأنّه مرفوض ومكروه ، وشاذ . وهذا الشعور ينشط بدوره الخبرات الداخلية المؤلمة التي كان قد خبرها الفصامي في طفولته .

كما يُعاني الفصامي من عدم انسجام بين أفكاره وأفعاله ، حيث يمكن له أن يضحك عند وجود خبر محزن ، ويبكي ويحزن عند وجود خبر مفرح .

إنّ الجذور الأساسية للفصام تبدأ في الطفولة ، ولكنه لا يظهر عادة إلاّ في مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ ، ومن المحتمل ألاّ يشفى المصابون بالفصام من هذا المرض إلاّ في حالات الفصام الاستجابي reactive schizophrenia الذي ينتج عن ضغوط بيئية . كما يبدو على الفصامي ارتباك وتقلب انفعالي بصورة شديدة . وفي هذا النوع من الفصام تبدو فرصة الشفاء كبيرة .

فالفصام ليس إلاّ مجموعة من الاضطرابات التي تصيب الشخصية ، يتميز بالانسحاب من الواقع ، وبتفكير مشوش وغير واقعي ، وببلادة انفعالية واضحة ، وغرابة في السلوك مع حدوث هلاوس وأوهام واضطرابات في الوجدان والشعور ، ينتج عن عوامل متفاعلة بيولوجية ونفسية واجتماعية ، ويكون من الصعب الشفاء منه غالباً . كما يوصف أيضاً بأنّه تخلّف في النمو يصيب كل جوانب النضج .

يُصيب الفصام كلاً من الذكور والإناث على حدّ سواء ، ويكثر عند آخر الأطفال ميلاداً في الأسرة ، وينتشر بين كل الأجناس ، ويكثر في المدن الكبيرة المزدحمة وبين الطبقات الاجتماعية الدنيا (الفقيرة) ويزداد ظهوراً في بداية الصيف

وفي فصل الخريف . كما لوحظ أيضاً أنّ انتشار الفصام يكثر بين الأقارب ، فإذا كان أحد الوالدين مصاباً بالفصام فإنّ نسبة انتشاره بين الأبناء تصل إلى ١٥ ٪ أمّا إذا كان كلٌ من الوالدين مصاباً فإنّ النسبة تصل إلى ٣٠ - ٤٠ بالمئة .

أمّا عن معدل انتشاره بين الناس فيتراوح بين ٠,٨٥٪ و٣٪ .

وفي الولايات المتحدة الأميركية يبلغ نصف من يتم تشخيصهم بالاضطرابات الذهانية بأنهم فصاميون .

ويرى حمودة (١٩٩٢) أنّه لتشخيص مرض الفصام لا بدّ أن تستمر الصورة المرضية لمدة ستة أشهر ، مع ظهور الهلاوس والهذاءات ، وفقدان الانسجام بين الأفكار ، وفقر محتوى الكلام ، والتفكير غير الواقعي ، والسلوك المضطرب بالإضافة إلى انهيار مستوى الأداء الوظيفي للشخص ، والانسحاب الاجتماعي ، وبعض السلوك الغريب ، واهمال الشخص لنظافته ، وتبلده العاطفي ، ونقص المبادرة والاهتمامات .

الأسباب :

لا يوجد حتى الآن (حسب معرفتنا) أسباب محدّدة للفصام ، وما تمّ معرفته لا يخرج عن مجرد كونه نظريات فقط ، ولكنّ علماء النفس ، وعلماء الطب النفسي أكدوا على احتمال وجود أكثر من سبب للفصام ، وفيما يلي نستعرض بعض هذه الأسباب :

١ - الأسباب الوراثية :

يرى علماء الوراثة أنّ الفصام يكثر عند أسر يكون أحد أفرادها مصاباً بالفصام ولهذا فإنّ أقارب المصابين بالفصام يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمرض بالمقارنة مع أفراد آخرين من المجتمع . فالدراسات الحديثة بينت أنّ احتمال حدوث الفصام عند أحد التوأمين المتماثلين إذا أصيب التوأم الآخر قد يصل إلى حوالى ٢٩,٥٪ ، أمّا بالنسبة إلى التوائم غير المتماثلة فإنّ هذا المعدل هو ٧ ٪ وهذا مؤشر على وجود عامل وراثي في ظهور الفصام .

ويرى «ايرلينماير وكيملنج» Erlenmeyer & Kimling (١٩٧٥) أنّ ١٠ ٪ تقريباً من الأطفال الذين ينحدرون من أب أو أم فصاميين سيظهرون شكلاً

من الفصام ، وأنّه حينما يكون الوالدان فصاميين فإنّ هذا الرقم سيرتفع إلى ٣٥ أو ٤٠ ٪ . ففصام الطفولة ليس إلّا استجابات لضغوط وراثية .

كما أنّه كلما زاد تشابه الأفراد وراثياً زاد احتمال تعرضهم للفصام ، في حالة حدوث الفصام عند أحد الأفراد في الأسرة . ومن الدراسات التي أُجريت في هذا الصدد تلك التي أجراها « بول وندر » و« سيموركيتس » في الدانمارك حيث تم فحص الأطفال الذين عزلوا بصورة دائمة عن والديهم الحقيقيين في بداية حياتهم (خلال الستة الأشهر الأولى في المتوسط)، وتمت تربية الرضع بوساطة آباء آخرين بالتبني وكان الهدف هو فحص أثر كل من الطرفين في التنبؤ بمدى تطور السلوك الفصامي وهما :

١ ـ أن يكون الطفل مولوداً من أب فصامي ورُبي بوساطة أب بديل فصامي .
٢ ـ أن يكون الطفل مولوداً من أب غير فصامي ورُبي بوساطة أبٍ بديل فصامي .

وكان الأفراد المشتركون في كل مجموعة متطابقين في العمر والجنس وعمر التبني والمتغيرات الأخرى . وتم مقابلة الأفراد بعد أن وصلوا إلى سن البلوغ بوساطة فاحصين آخرين متمرنين لا يعرفون تاريخ هؤلاء الأفراد بقصد تشخيصهم . وتم الاستنتاج أنّ الوراثة هي أفضل منبىء للفصام . فكون الأطفال تربوا بوساطة أب بالتبني يُعاني من الفصام فإنّ ذلك لم يكن ذا دلالة في زيادة احتمال حدوث الفصام عند الأطفال .

كما يرى العلماء السلوكيون أنّ الأفراد الفصاميين يرثون استعداداً مسبقاً ، وأنّ المرض يتطور تطوراً كاملاً في الظروف غير المناسبة (دافيدوف ، ١٩٨٣) .

ــ الأسباب العضوية العقلية :

أوضحت الدراسات نتيجة تصوير دماغ الفصاميين وجود عيوب في استقلاب دماغ الفصامي . كما بيّن العلماء في مستشفى (.إليزابيت) في واشنطن وجود بطينات متضخمة عند المصابين بالفصام . ويرى عالم الأعصاب البريطاني « تيم كراو» Tim crow وجود بطينات دماغية متوسعة في أدمغة الفصاميين بالإضافة إلى وجود كتل قشرية دماغية متناقصة . ولم يتضح فيما إذا كان مرد هذه الكتل الدماغية القشرية المتقلصة الحجم عائداً إلى وجود ضمور في خلايا قشر

الدماغ ، .أو أنّها كانت في السابق ضعيفة النمو . ومن المؤكد وجود ترابط بين البطينات الدماغية المتضخمة ، والقصة السيئة ما قبل الإصابة بالمرض وضعف الاستجابة للدواء (الحجار ، ١٩٨٩ م) .

وقد بيّن « واط » Wyatt وجود فروقات فيزيولوجية في الطريقة التي يعمل بها الدماغ عند الفصاميين ، حيث رسم خريطة لجريان الدم في أدمغة الفصاميين أثناء اختبارهم بوائز وسكنسن Wisconsin الذي يقيس النشاط في الفص الصدغي الرديء الأداء والنشاط عند هؤلاء . وقد اتضح له وجود سوء وظيفي وانخفاض في جريان الدم في الدماغ عند بعض الفصاميين أثناء قيامهم ببعض الأعمال .

ولهذا تمكن « واط » من إظهار العلاقة القائمة بين التفكير المجرد والقصور الوظيفي في جريان الدم في الدماغ (الحجار ، ١٩٨٩) . فالفصام يحدث نتيجة الفشل في تحقيق انسجام مستقر بين الأنظمة المعرفية والإدراكية .

ـ الأسباب الكيميائية:

دلت التجارب أنّ إنتاج الدوبامين Dopamine يكون عالياً جداً عند مرضى الفصام حيث أنّ عقار ميثيل فينيديت Methyl phenidate يساعد على إطلاق الدوبامين في نسيج المخ ويعمل على زيادة تكرار حدة الأعراض الفصامية (Da-vis , 1974) . فالمضادات الناقلة العصبية التي تحاصرُ المواد الناقلة للسيالة العصبية المنافسة تتجزأ مسببة ارتفاع الدوبامين الدماغي . ومن المحتمل أيضاً أنّ مادة كولبريت Colprit تعكر عمل جهاز التغذية الراجعة ، فيفشل هذا الأخير بالإيعاز إلى نورونات الدوبامين بالتوقف عن إنتاجه عندما تكون مستقبلات الدوبامين العصبية مليئة به (الحجار ، ١٩٨٩) .

ولهذا فإنّ مركبات الأمفيتامين التي تفرز الدوبامين يمكنها بالجرعات الكبيرة أن تشكّل أعراضاً ذهانية لدى الأسوياء ، كما أنّ مضادات الذهان التي تعد مثبطاتٌ لنشاط الدوبامين تقلل من الأعراض الذهانية .

ـ الأسباب البيئية :

للعوامل البيئية دور أساسيّ في حدوث مرض الفصام عند الأطفال ، فالفصام يكثر في الطبقات الفقيرة ذات الإمكانات المحدودة . كما لوحظ أن

الفصاميين المتدهورين ينحدرون إلى طبقاتٍ أقل في المستوى من مستوى طبقتهم الأصلية ، بسبب تدهورهم وسوء حالهم (ثابت ، ١٩٩٣) .

كما يكثر الفصام عند الأطفال الذين تكون تعليمات والديهم متضاربة ، حيث يصدر أحد الوالدين أمراً للطفل ويقصد به عكسه (افعل ، لا تفعل) مما يربك الطفل ويعكس عدم وضوح التفكير المنقول إليه .

كما أن سيطرة أحد الوالدين في أسلوب التربية ، وانعزال الآخر يكوّن ما يُسمى بالطلاق العاطفي بين الوالدين ، الأمر الذي يشوه هوية الطفل ويهيئه لمرض الفصام . كما أن العلاقة غير المتكافئة بين الوالدين (كأن يكون أحد الوالدين متسلطاً والآخر ليناً) يؤدي إلى تفكك شخصية الطفل ويهيئه لمرض الفصام . فالأطفال يكونون في سنٍ صغيرة جداً عبارة عن سجلات حساسة جداً تلتقط كل ما يجري بين الوالدين من علاقات . كما أن الشدات المحيطة (Stress) وإدراك الفرد لها وشعوره بخطرها يؤدي إلى زيادة إفراز الأدرينالين ، ويحدث خللاً في المنتجات الكيميائية في الدماغ ، مما ينتج مواد مولدة للفصام .

- الأسباب النفسية :

- يحدث الفصام أحياناً بسبب الصراع النفسي Conflict بين رغبات الفرد الأولية اللاشعورية والتزاماته الاجتماعية . وإذا استمر هذا الصراع فترةً طويلة عند الفرد ولم يجد حلاً اختل التفكير والسلوك والذي يؤدي أحياناً إلى الانطواء والفصام .

كما أن ضعف الأنا (Ego) الذي قد يكون أحياناً فطرياً أو مكتسباً نتيجة نقص الأمومة والذي يؤدي إلى نقص التمييز بين الذات والموضوع ، ونقص اتساق الوظائف النفسية وتكاملها ، وبدائية الدفاعات والصراع المتولّد عن العدوان ، مما يؤدي إلى نقص المقاومة لكل أنواع الضغوط وفقد الاتصال بالواقع .

وحسب وجهة نظر أصحاب التحليل النفسي فإن الفصام ليس إلاّ نكوص إلى المرحلة الفمية إلى فترة ما قبل تمييز الأنا عن الهو ، حيث أن الفصامي يفتقد الأنا الذي يختبر بها الواقع والاتصال به ويهمك في ذاته ، ويعزى النكوص إلى القلق الحاد الذي يعود إلى الدوافع العدوانية أو الجنسية اللاشعورية الحادة .

- كما أن انعدام الثقة بالآخرين والحساسية الشديدة لعدم قبولهم له تتولد عن اضطراب العلاقات بين الشخص والآخرين والتي تعود إلى مراحل نمو الطفل الأولى ، مما يجعله يميل إلى الانسحاب للحفاظ على أمنه الداخلي ، واعتباره لذاته مما يزيد من انطوائه وعزلته ورفضه للآخرين .
- كما ترى (ميلاني كلاين) أن الأشهر الأولى من حياة الطفل وما ينشأ عنها من مشاعر إيجابية أو سلبية نحو الذات والآخرين هي أساس الفصام وتكوين دفاعات مرضية تستمر حتى في الكبر (حموده ، ١٩٩٢ م) .

الوقاية والعلاج :

يُعد مرض الفصام في الغالب مرضاً مزمناً حيث يمثل ٥٠ ـ ٧٠٪ من المرضى الذين تطول إقامتهم في المستشفيات العقلية ، ونادراً ما يعود الشخص إلى حالته السابقة من الأداء الوظيفي . ولهذا لا بد من اتخاذ الطرق التالية في الوقاية والعلاج من هذا المرض .

١ ـ العلاج الطبيعي :

الحد ما أمكن من زواج الشخص الفصامي ، وإذا حدث ذلك فيجب ألا يكون من زوجة فصامية ، وألا ينجب أكثر من طفلٍ واحد ، لأن مرض الفصام ينتقل إلى الأبناء بنسبة ١٥ ـ ٤٠ ٪

٢ ـ العلاج الدوائي .

إن المهدئات الكبرى هي العلاج الأكثر فعالية لأمراض الفصام ، وذلك بفعل آليتها التي تحد من إنتاج الدوبامين الدماغي . كما أن المهدئات الكبرى تبدل دوماً بصورة ثابتة وظيفة الدماغ من خلال زيادة قوة ارتباط مستقبلات الدوبامين العصبية . ولهذا يُستعمل في العلاج عقار « الكلوربرمازين » وفقاً للمقادير التي يحددها الطبيب بما يتناسب مع شدة المرض . كما يُستخدم عقار « الأستيلازين Stelazine » في حالة وجود خمولٍ أيضاً ضمن المقادير التي يحددها الطبيب المختص ، وعادةً ما يُعطى العقاران معاً .

٣ ـ العلاج بالجلسات الكهربائية :

ويُستخدم في بداية الفصام أو في الحالات الشديدة المترافقة مع أعراض تصلبية (كتاتونية) ، أو في حالة المريض الخامل ، وحالات الفصام المصاحبة بأعراض اضطراب وجداني .

٤ ـ العلاج النفسي :

من الصعب الوصول إلى علاج نفسي عميق مع الفصاميين ، لأن مرضى الفصام لا تكون لديهم أنا قوية إلى الحد الذي يمكنهم من تحمل انفعالاتهم العنيفة والتحكم في نزعاتهم . ولكن من خلال العلاقة العلاجية التي يكونها المعالج مع الشخص الفصامي يمكن أن يُقلل من قلق المريض ويخلصه من أوهامه ويشجعه على التعامل مع الحياة بواقعية وذلك من خلال فهم المريض التدريجي لأعراضه الذهانية ومعناها ، ومواجهة مخاوفه وصراعاته تجاه الجنس والعدوان ، وتحمل صراعاته الداخلية والخارجية دون نكوص لدفاعات ذهانية ، مما يجعل المريض يحس بقدرته على التآلف والتوافق النفسي وحل صراعاته النفسية أو قبولها وتقبل العالم والتكيف معه .

ولهذا يعد العلاج النفسي الجماعي فعالاً في حالة الفصام ، حيث يتم وضع المريض مع مجموعة من المرضى مع وجود المعالج ومساعده ، حيث تُنمى المهارات الاجتماعية لديه من خلال التفاعل مع الآخرين مع إعطاء التدعيم والمساندة من المجموعة للمريض ، وقد يأخذ صورة أنشطة جماعية (حمودة ، ١٩٩٢) .

كما يمكن استخدام اللعب الجماعي بالدمى ، واستخدام الرسم ، وتعليمه بعض المهارات للتغلب على بعض الصعوبات التي تواجهه .

٥ ـ العلاج الاجتماعي الأسري :

وفي هذا النوع من العلاج يتم إيضاح حالة المريض للأسرة وحثهم على تقبّله وتقبل مشاكله ، بالإضافة إلى إجراء بعض التعديلات في سلوكيات الأسرة في تعاملها مع المريض للإقلال من انتكاس المريض . فقد لوحظ أن العداء للمريض وكثرة انتقاده يؤدي إلى زيادة فرصة انتكاسه .

ويمكن استخدام برنامج التصحيح الاجتماعي الفردي المطبَّق حالياً في مركز

بحوث الطفولة في نيويورك في الولايات المتحدة الأميركية . فالبرنامج يهدف إلى تحسين قدرة الأطفال الفصاميين على إدراك وتفسير الخبرات الداخلية والخارجية ، حيث يقضي المقيمون بالمركز فترة نهاية الأسبوع مع أسرهم ، وباقي الأسبوع يتواجدون في المركز . ولهذا يتم إعدادهم جسمياً بدرجة كبيرة من خلال البرنامج ، إذ يستيقظ الأطفال الذين في سن ٥ ـ ١١ سنة ،فيتناولون الطعام ثم يذهبون إلى المدرسة ويستمتعون بفترات من اللعب ، ويأخذون حماماتهم ، ويذهبون إلى النوم في مواعيد منتظمة كل يوم . بالإضافة إلى ذلك تحدد أوقات للجلسات العلاجية مع المعالجين النفسيين .

أما أهم أعمال هيئة المركز فهي الإشارة إلى الحقائق أمام كل طفل وتنشيطه للبحث عن القبول الاجتماعي ، حيث يركز على المساعدات الخاصة بالتدريب والمدرسين والممرضات للقيام بهذه الأعمال . كما يتضمن برنامج العلاج اجتماعات بين المعالج النفسي للطفل وباقي أعضاء الهيئة الآخرين ، وذلك من أجل اشتراك الجميع في دراسة الخبرات اليومية للطفل (منصور ، ١٩٨١) .

وبنتيجة هذه الطريقة في العلاج يتحسن بعض الأطفال بصورة جيدة ، في حين أن البعض الآخر لا يظهر عليه أي تحسن .

خامساً : الاكتئاب Depression :

مفهوم الاكتئاب ومظاهره :

تُشير كلمة الاكتئاب في اللغة العربية إلى الحزن والكآبة . فالاكتئاب يعكس عند الطفل مشاعر الكآبة والحزن والسأم والعزلة ، وعدم السعادة واضطراب العلاقة بالأنا وبالآخر ، وقلة الحيلة وانخفاض الحماسة والهمة . ويرى شيفر (١٩٨٩ ، ص ١٦٦) أن الاكتئاب « هو شعور بالحزن والغم مصحوب غالباً بانخفاض في الفاعلية » . أما الحجار(١٩٨٩ ، ص ٨٤) فيعرّف الاكتئاب تعريفاً أقرب إلى الوصف منه إلى التعريف . فهو يرى أن الاكتئاب « اضطراب عاطفي يتمظهر بأعراض نفسية وبدنية سريرية ، تعكس مزاج المريض ومعاناته . وتتداخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية وثقافية ، وبيوكيميائية وراثية ، وتركيب شخصية في حدوثه » . في حين يرى كولز (١٩٩٢) أن الاكتئاب يصف خبرة ذاتية وجدانية تُسمى حالة مزاجية أو انفعالية، والتي قد

تكون عرضاً دالاً على اضطراب جسمي أو عقلي أو اجتماعي ، وزملة Syndrome مركبة من أعراض معرفية ونزوعية (إرادية) وسلوكية وفيزيولوجية ، بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية . أما (بك) فيُعرِّف الاكتئاب على أنه « حالة انفعالية تتضمن : تغيراً محدوداً في المزاج، مثل مشاعر الحزن ، والوحدة ، واللامبالاة بحيث تكون مفهوماً سالباً عن الذات مع توبيخ للذات وتحقيرها ولومها ، ورغبات في عقاب الذات ، مع الرغبة في الهروب والاختفاء والموت ، وتغيرات في النشاط مثل : صعوبة النوم ، وصعوبة الأكل ، وتغيرات في مستوى النشاط ، مثل : نقص أو زيادة في النشاط » (صالح ، ١٩٨٩ ، ص ١٠٤ ـ ١٠٥) .

ويمكن أن يُصنف الاكتئاب إلى صنفين أساسيين هما : الاكتئاب الداخلي المنشأ Endogenous وهو اضطراب تلعب فيه العوامل الوراثية ـ البيولوجية دوراً هاماً . وهذا النوع من الاكتئاب يكون شديداً ، يحدث دون وجود عامل هام مسبب ، ويميل إلى الانتكاس وحدوثه بشكل متكرر ، ر ، وغالباً ما توجد قصة عائلية لاضطراب عقلي مماثل عند الأسرة .

أما النوع الآخر للاكتئاب فهو الاكتئاب الخارجي المنشأExagenous أو الاكتئاب العصابي، وهذا النوع يكون ناتجاً عن ضغوط الحياة ، وتكون أعراضه خفيفة ، وأسبابه معروفة (شدات نفسية ، أو ضغوط خارجية ، أو مرض عضوي) . فالحزن مثلاً شعور سوي ولكنه إذا زاد عن الحد الطبيعي أدى إلى الاكتئاب المرضي . وقد دلت الدراسات[1] عن وجود عدد متزايد من الأطفال المكتئبين ممن هم دون الثانية عشرة ، حيث أن طفلاً من كل خمسة أطفال يُعاني شكلاً من الاكتئاب . كما وجد لوفكوونز (١٩٨٤) أن هناك ٢, ٥ ٪ من الأطفال يُصابون بالاكتئاب .

بالإضافة إلى ذلك فقد أوضحت دراسات أخرى أن ٥٨ ٪ من آباء الأطفال المكتئبين هم أيضاً مكتئبون . والاكتئاب يمكن ملاحظته بسهولة عند أطفال سن العاشرة من العمر حيث يظهر على شكل بكاء ، وتكرار نوبات الغضب والبؤس . كما يمكن أن يكون الاكتئاب عند الأطفال سبباً لكثير من المشكلات

(١) National, Institute of Mental Health: causes Detection and Treatment of child- hood Depression, NimH, Washington , D. C. 1979.

السلوكية الأخرى مثل : فقدان الشهية ، آلام البطن ، الصداع ، التبوّل اللاإرادي ، نوبات الغضب ، الملل ، التعب ، ضعف القدرة على التركيز ، النشاط الزائد والمشكلات النفسجسمية ، حيث تظهر هذه المشكلات كوسيلة لتغطية الشعور بالاكتئاب . وقد تزداد بعض صور الاكتئاب الملحوظ عند الأطفال لتصل إلى درجة الانتحار .

أما جوزف وولب Wolpe (١٩٧٩) فيُرجع الاكتئاب إلى عدة عوامل أهمها : عامل القلق ، حيث أن الفرد الذي يُعاني من حالة القلق ولفترةٍ طويلة من الزمن فإنه من الممكن أن يُصاب بالاكتئاب .

ولهذا تبين نتيجة الدراسات الحديثة عن الانتحار عند الأطفال دون سن ١٤ سنة في انكلترا بين عامي ١٩٦٢ ـ ١٩٦٨ أن ٣١ طفلاً قتلوا أنفسهم بواقع $\frac{١}{٨٠٠,٠٠٠}$ من عدد السكان

كما أظهرت دراسات أخرى (شيفر ،١٩٨٩) أن الأطفال في عمر ٨ ـ ١٢ سنة يهددون بقتل أنفسهم أو إيذائها ، عندمايكونون في حالة غضب شديد ، إلا أنهم يعدلون عن ذلك عندما يخف غضبهم . وهذا يعني أن الأطفال يعبرون عن المشاعر الانتحارية أكثر من القيام بالمحاولات الانتحارية الفعلية .

أما عن الفروق بين الجنسين عند الأطفال في ظاهرة الانتحار فقد وجد دومينيان Dominian (١٩٧٦) أن ٨٠ ٪ من الأطفال في عينّة من ١٧٢٧ طفلاً ممن هم في سن العاشرة حاولوا الانتحار كانوا من الإناث ، وكان أيضاً لدى الذكور مخاطرة عالية في محاولة الانتحار . كما وجد أيضاً أن ٣ ـ ٤ محاولات انتحار من الذكور يكون مقابلها ٢٥ ـ ٣٠ محاولة انتحار من الإناث .

الأسباب :

الأسباب الفيزيولوجية :

لا بد من أخذ الأسباب الفيزيولوجية بعين الاعتبار في حالة ظهور الاكتئاب عند الأطفال عندما يكونوا في البداية جيدي التكيف ثم تحدث لهم استجابات اكتئابية بشكلٍ مفاجىء أو تدريجي . ويرى سلاتر Slater أن إنتقال مرض

الإكتئاب يتم إرثياً بوساطة الجينات المتعددة . فالظهور المبكر لمرض الاكتئاب معناه أنه مشبع بالعامل الوراثي .

بالإضافة إلى ذلك تلعب العوامل الكيميائية الحيوية دوراً في حدوث استجابة الاكتئاب ، حيث يحدث تغيرات في الأمينات الدماغية عند مرضى الاكتئاب . كما وجد أيضاً أن هناك تزايداً في نشاط القشرة الكظرية عند مجموعة من مرضى الاكتئاب ،وارتفاعاً في مستويات الكورتيزول المصورة (الذي يفرز من قشرة الكظر) ، بالإضافة إلى وجود اضطرابات في الغدة الدرقية ، أو فقر دم ناتج عن نقص الحديد أو اضطرابات في سكر الدم واضطرابات في نسبة الصوديوم في الدم (زيادة ملحوظة في نسبة الصوديوم) في حين أن نسبة الكالسيوم في الدم تنخفض نتيجة لارتفاع نسبة الصوديوم ، وتقل نسبة إفرازه في البول .

الأسباب النفسية :

١ ـ تدني مفهوم الذات :

أكدت الدراسات (Nelms ، ١٩٨٥) وجود ارتباط دال بين الاكتئاب ومفهوم الذات عند أطفال المدارس ، حيث وجد أن الأطفال الذين يُعانون من مرض الربو لديهم اعتبار ذات متدنٍ بالمقارنة مع الأطفال العاديين (الأصحاء) ، وأن الإناث يتأثرن أكثر من الذكور . كما أظهرت دراسة عبد الباقي (١٩٩٢ ، ص ٤٥٤) أن الأطفال الذين اجابوا على اختبار الاكتئاب تبين أنهم يعانون من تدني اعتبار الذات بالمقارنة مع زملائهم بشكلٍ مرتفع وبلغت هذه النسبة ٥٦,٥٪ .

٢ ـ الضغوط النفسية المدرسية :

فالنظام المدرسي الذي يقوم على العقاب والقسوة ، والضرب والتوبيخ يؤدي إلى شعور الطفل بالخوف من المدرسة وفقدان الثقة بالراشدين ، والاكتئاب . وقد وجد بندلتون Pendleton (١٩٨٠) أن المشكلات الانفعالية التي يُعاني منها الأطفال ومنها : الانسحاب والاكتئاب هي نتيجة حتمية للضغوط المدرسية . فالعقاب غير العادل من قِبل الكبار والموجّه نحو الأطفال يثير التعاسة عندهم ، والنفور والكراهية من الكبار ويتبعه ظهور الاكتئاب .

٣ ـ الإحباط :

إن الأطفال الذين لا يُسمح لهم بالتعبير عن غضبهم بشكلٍ مباشر نحو الآخرين يميلون إلى توجيه غضبهم نحو ذواتهم ، ويميلون إلى التقليل من قيمة ذواتهم ويلجأون إلى الاعتداء على أنفسهم بطريقة ما وقد يكون الانتحار أحد هذه الطرق . فالانتحار هنا يأتي بعد قناعة الطفل بأنه لا يستطيع التوافق مع الظروف المحيطة ، ويشعر بالعجز واليأس مما يجعله يفضل الموت على الحياة . كما أن بعض الآباء يمتلكون دوافع للانتحار قوية لأنفسهم ولأطفالهم ، وهم لا يتقبلون أي تعبير عن الفشل أو الإحباط من قِبل الأطفال ولا ينصتون لما يعترض أبناءهم من مشكلات مما يجعل الطفل يتخلى عن الاتصالات بوالديه ويصبح اكتئابياً .

٤ ـ فقدان الوالدين أو أحدهما :

يرى فرويد بأن فقدان الطفل لوالديه أو أحدهما يؤدي إلى حالة من الحزن الشديد الذي يتطور إلى الاكتئاب المرضي ، حيث أن الطفل (الأنا) عندما يشعر بأن موضوع الحب (الوالدين أو أحدهما) قد اختفى من الوجود يؤدي به إلى الشعور بالحزن والاكتئاب خاصة إذا كان الشخص المفقود يمثل للطفل الأنا الأعلى ، مما يجعله يوجه الكراهية والحقد إلى ذاته ويميل إلى تحطيمها وتدميرها . ولكن تأثير هذا الفقدان الوالدي يتأثر بعمر وجنس الطفل حينما يتعرض لخبرة الفقدان . وقد دلت الدراسات أن الأطفال الصغار (دون سن السادسة) يكونون أكثر تأثراً بهذا الفقدان من الأطفال الأكبر سناً . كما أن فقدان الأبوين قبل سن ١٥ سنة ، يعد من أكثر الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الاكتئاب عند الأطفال ، وقد تؤدي إلى الانتحار .

٥ ـ الميل إلى جذب انتباه الآخرين وحبهم والانتقام منهم :

كثيراً ما يعبر الأطفال عن شعورهم بالاكتئاب كوسيلة لجذب انتباه الآخرين وكسب حبهم ، خاصة عندما لا يُبدي الآخرون الاهتمام بهؤلاء الأطفال ، ولا يجدون وسيلة لجذب انتباههم بالطرق الأخرى .

من جهةٍ أخرى يلجأ الطفل إلى الاستجابة الاكتئابية كوسيلة للانتقام من الكبار ، حيث يصبح الأطفال شديدي الغضب عندما يشعرون بأنهم لا يحصلون على الحب الكافي من الكبار ، فيلجأون إلى تلقينهم درساً من خلال استجاباتهم

الاكتئابية وميلهم إلى الانتحار . وقد يكون الانتحار طريقة للتخلص من مواجهة هؤلاء الذين يسببون الألم أو الإهانة لهؤلاء الأطفال .

٦ ـ التخلص من التوتر :

قد يكون الاكتئاب وسيلة للتخلص من التوتر ، عندما لا يتمكن الأطفال من السيطرة على ذلك بطريقةٍ مناسبة . أما اللجوء إلى الانتحار فقد يكون وسيلة لإنهاء حالة التوتر المستمر عند الأطفال عندما لا يمكن التخلص منه .

الأسباب الاجتماعية :

١ ـ التفكك الأسري :

إن الأسرة المفككة والمتنافرة ، كما في حالة عدم الانسجام بين الوالدين ، والأب السكير أو المقامر أو الغياب الطويل مما يجعل الأب ضعيف الحيلة لا يستطيع التصرف ، كما يجعل الأم غير متكيفة ولا تتمتع بصحة نفسية جيدة ، ويصبح الطفل عاجزاً أو يتحول إلى راشد سيىء التكيف .

وقد أشار آكرمان Ackerman (١٩٥٨) إلى أهمية المناخ الوجداني والاتجاهات العاطفية المتفاعلة في الأسرة . بالإضافة إلى ذلك هناك الفشل وخيبة الأمل التي يواجهها الوالدان (عبد الباقي ، ١٩٩٢) . كما أن الصراعات الأسرية المتكررة والشديدة تؤدي إلى شعور الطفل بالاكتئاب ، وخاصة عند الطفل الأكثر حساسية .

٢ ـ الأسر المريضة :

أكدَّ العديد من الدراسات على أن الاكتئاب ينتقل من الأم إلى أبنائها ، فقد وجد جوديسون وآخرونGhodison & Others (١٩٨٤) أن هناك علاقة وثيقة بين اكتئاب الأم والمشكلات السلوكية عند الطفل في مدينة لندن ، حيث تبين من خلال الدراسة أن أطفال الأمهات المكتئبات يختلفون عن أطفال الأمهات العاديات . فالأمهات المكتئبات يعجزن عن تقديم الأمن للأطفال مما يولّد الشعور عند الطفل بالعجز والحزن والاكتئاب . فالاكتئاب ينخفض عندما يتوفر التعاطف بين الأم والأب . كما وجد دوماس وآخرون Domas & Others (١٩٨٩) من خلال فحص ٥١ أماً لديهن أعراض اكتئابية متضاربة ، أن أطفالهن يكونون أقل

توافقاً نفسياً واجتماعياً .

كما توصلت دراسة سفرانSifran (١٩٨٧) ودراسات أخرى غيرها إلى أن أطفال الآباء المكتئبين يختلفون عن أطفال الاباء غير المكتئبين من حيث التفاعل بين الأب والطفل .

٣ ـ التنشئة الأسرية الخاطئة :

أكدت الدراسات العديدة لليفكوويتز Lefkowitz (١٩٨٤) ورشترز Richters (١٩٨٩) أن هناك علاقة بين الرفض الوالدي في فترة الطفولة المبكرة والإصابة بالاكتئاب لكل من الأبناء والآباء ، كما أن الأمهات لا يستطعن التحكم في أطفالهن مما يزيد من المشكلات السلوكية عندهم .

كما أن القسوة في المعاملة من قِبل الأم يساعد في زيادة ظهور الاكتئاب عند الأطفال . بالإضافة إلى ذلك فإن سلوك عدم الطاعة الذي يظهر عند الأبناء يرتبط ارتباطاً وثيقاً باستراتيجية الأمهات في تربية الأبناء . فالأطفال في عمر خمس سنوات مثلاً يستخدمون أساليب عديدة في عدم طاعة الأمهات حينما يطلب منهم أداء عمل معين ، وأن الذكور أكثر رفضاً من الإناث . وقد وجد بيك Peake (١٩٨٥) من خلال دراسته أن الأمهات المكتئبات أكثر تشدداً وحدةً في التعامل مع أبنائهن قد تصل أحياناً إلى استخدام العقاب الجسدي .

٤ ـ التقليد :

بيّن شيفر (١٩٨٩) أن أكثر من نصف آباء الأطفال المكتئبين هم مكتئبون أيضاً . فالاستعداد للاكتئاب سمة موروثة ، ولكن هذا الاستعداد يتحول إلى واقع من خلال العيش مع آباءٍ مكتئبين . فالأطفال يقلدون سلوك آبائهم حيث يتعلم الطفل أن يكون حزيناً ومكتئباً عندما يشاهد أحد والديه، أو كليهما مكتئبين وحزينين .

٥ ـ شعور الطفل بالعزلة :

إن شعور الطفل بالعزلة والنبذ الاجتماعي يؤدي إلى وقوعه في الاكتئاب وقد يؤدي إلى الانتحار إذا كان هذا الشعور قوياً وكانت حالة الاكتئاب شديدة .

٦ ـ البطالة والفقر :

إن إحساس الطفل بالفقر وعدم القدرة على إشباع احتياجاته الأساسية بالمقارنة مع الأطفال الآخرين يؤدي إلى شعوره بالاكتئاب . وقد أوضحت الدراسات العديدة أن انخفاض المستوى الاقتصادي ، واضطراب العلاقات الاجتماعية بين الناس ، عامل أساسي في انتشار الاكتئاب والرغبة في الانتحار .

الوقاية والعلاج :

- العمل على تقوية مفهوم الذات عند الطفل من خلال الاتصال مع الآخرين . فبعض الأطفال يتعلقون بأمهاتهم بشكلٍ شديد إلى درجة أنهم يرفضون كل من سواها . ولهذا يجب أن يتعلم الطفل التواصل مع كبارٍ آخرين غير الوالدين حيث أن فقدان الاستحسان والتقبل يصبح أقل تهديداً عندما تتوافر للطفل مصادر متعددة من الاستحسان والتقبل . كما أن تنويع المهارات التي يمكن للطفل أن يقوم بها يعزز ثقته بنفسه ويقوي مفهومه الإيجابي عن ذاته بشعوره بأنه كفوء في مجالاتٍ متعددة . فالأفراد الذين لا يشعرون بالعجز لا ينزلقون إلى اليأس والاكتئاب ، فالشعور بالقدرة على مواجهة المشكلات والرضا عن الذات كفيلٌ بالوقاية من الاكتئاب .

- السماح للطفل بالتعبير عن انفعالاته : إن شعور الطفل بأن الآخرين يتقبلونه ويهتمون به ، من خلال سماحهم له بالتعبير عما يشعر به من انفعالات الغضب ، وأن يتقبلونها ويناقشونها معه بشكلٍ واقعي يساعد الطفل على التخلص من مشاعر الضيق والحزن والاكتئاب ويُجعله يقيم تواصلاً فعالاً مع الكبار في جوٍ يتسم بالاهتمام والقبول والتقبل .

- ضرورة ابتعاد الوالدين عن الحزن والاكتئاب : فمن المعروف أن الطفل يقلّد والديه من خلال ما يشاهده عندهما من سلوكياتٍ ومشاعر حزنٍ واكتئاب أو تفاؤلٍ وسرور . فالآباء الذين يركزون في حديثهم على الحزن والمآسي والمشكلات في الحياة يتصرف أطفالهم بالأسلوب نفسه . والأفضل هو أن يكون الآباء واعين في أثناء حديثهم وأن يبتعدوا في الحديث عن التشاؤم واليأس والنظر إلى المستقبل بشكلٍ متفائل ، ولا بد من جعل الأطفال يشعرون بنجاح والديهم والعمل الجادّ لبناء المستقبل .

- ضرورة توفر عدد من الأخصائيين النفسيين سواء في المدارس أو في العيادات للعمل على معالجة مشكلات القلق والاكتئاب التي يمكن أن تظهر عند الأطفال .

- ضرورة الاهتمام بتوعية الآباء والمربين في كيفية التعامل مع الأطفال الذين تظهر عندهم الاستجابات الاكتئابية ، ويعول هنا على وسائل الإعلام لتلعب دوراً كبيراً .

- التأكيد على أهمية العلاج البيئي في مرض الاكتئاب عند الأطفال ، وكذلك أهمية الإرشاد المزدوج للآباء والأبناء الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية ، وكذلك للأطفال الذين تعرضوا لتجربة الانفصال عن الوالدين .

- ضرورة سيادة الانسجام العائلي داخل الأسرة ، لأن الأمن النفسي الذي يسود داخل الأسرة ينعكس إيجابياً على سلوك الأطفال داخلها ، أما شيوع الاضطراب والتفكك داخل الأسرة فيجر على الأطفال مآسي القلق والحزن والاكتئاب .

- **الاعتدال في المعاملة** : فالقسوة المفرطة من قبل الوالدين أو اللين الزائد أو التذبذب في المعاملة ينعكس مباشرة على سلوك الأطفال ويجعل منهم شخصيات مضطربة قد تؤدي بهم إلى سلوك الاكتئاب والانتحار أحياناً .

- **اللجوء إلى العلاج الطبي بالأدوية** : وتُستخدم في الحالات التي لا تفيد فيها الطرق السابقة . وقد استخدمت الأدوية المضادة للاكتئاب من قبل الأطباء النفسيين مثل الأسبرامين وديزيبرامين ، وأميتريتلين ، ودوكسيين ، وكذلك مابروتلين . وهذا النوع من العلاج يجب ألا يكون الخطوة الأولى في العلاج ، وإذا استخدم فلا بد من أن يُستخدم من أجل تغيير الظروف التي أدت به إلى الاستجابة الاكتئابية ، وأن يكون استخدامه بإشراف طبي .

سادساً : الاستجابات الهستيرية Hysterical Reaction :

مفهوم الهستيريا ومظاهرها :

الهستيريا هي حالة عصابية تظهر فيها الأعراض الجسمية دون أن يكون لها سبب عضوي محدد . كما تُعبر الهستيريا عن فقدان لاإرادي للوظيفة أو الفعالية أو

اضطراب فيها، يتميز الهستيري بأنه يبدأ وينتهي في مواقف انفعالية مشحونة، وترمز إلى صراع نفسي يمكن تعديله عن طريق الايحاء.

ولكن في كثير من الأحيان، فإن مظاهر الهستيريا الخاصة بحالةٍ ما لا تتضمن أعراضاً جسّمية خاصة ، كما في حالة الشلل ، وإنما خصائص شخصية عامة تتعلق بالهستيريا مثل : سرعة التهيج ، والقابلية للاستهواء ، والميل نحو الانفجارات الانفعالية .

دُرست الهستيريا بصورةٍ منتظمة أولاً من قِبل العالِم شاركوCharcot ، أما فرويد فقد أعرب عن يقينه بأن الأعراض الهستيرية (التحولية) تتضمن صدمات أو أنواعاً من الصراع ذات الشحنات الانفعالية تعرضت للكبت ثم تحولت إلى أعراضٍ جسمية تكون بمثابة متنفسٍ أو مخرج .

والاستجابة التحولية في جوهرها ليست إلا حيلة أو ميكانزم لحماية الذات ، حيث أن الأعراض تعين في صورتها المباشرة على استبعاد التوترات والألم المضني . فهي وسيلة لحل الصراع النفسي من غير أن يتأثر احترام الفرد لذاته .

أما من حيث القوى النفسية المتفاعلة فإن الهستيريا والاضطرابات العصابية الأخرى ينظر إليها كمظاهر صريحة للقلق والصراع .ويؤدي استبصار الفرد بدوافعه إلى سلوك أكثر توافقاً .

هذا ومن بين الاستجابات الهستيرية التي نلاحظها عند الأطفال حالات الشلل Paralysis والارتعاش Tremor ، والعمى ، .وفقدان الحساسية Anesthesia واللازمة العصبية Tic .

وقد عرف عن الفرد الذي يُعاني من الهستيريا أنه لا يكترث لعجزه أو مرضه الجسمي مهما بلغت خطورته . والأعراض الهستيرية كثيراً ما تختفي حين يكون المريض نائماً ، أو تحت تأثير التنويم المغناطيسي وكأن ذلك الجزء ذا العلاقة من الجسم قد تحلل في حالة النوم أو التنويم المغناطيسي من مشقة تمثيل الصراع الجوهري عند المريض

الأسباب :

ـ يرى بروير وفرويد منذ عام ١٨٩٥ أن الهستيريا تنجم عن صراعٍ كامن أو مكبوت .

ـ تُعتبر الهستيريا مظاهر صريحة للقلق الذي يكون موجوداً عند الأطفال .

ـ العوامل الثقافية والاجتماعية التي يعيش في إطارها الفرد .

الوقاية والعلاج :

وفي حالة الاضطرابات الهستيرية عند الأطفال لا بد للآباء أن يكونوا على بصيرة بأنفسهم ، حيث أن تحسن مفهوم الآباء وفهمهم لأنفسهم يؤدي إلى تعامل فعال ومؤثر بالنسبة إلى سلوك أبنائهم المضطرب .

وهناك عدة طرق علاجية للتخلص من الاستجابات الهستيرية عند الأطفال من ضمنها :

أولاً : العلاج بالتحليل النفسي :

يتم تشجيع المريض بالتحدث عن مشكلاته التي يُعاني منها (التنفيس) ، ثم عن طريق التداعي الحر . كما يمكن أن يستخدم التنويم المغناطيسي بغرض الوصول إلى الصدمات التي وقعت للمريض في الماضي وأدت إلى حالة الاستجابة الهستيرية .

ثانياً : العلاج السلوكي :

يتم علاج حالات الهستيريا عن طريق الإشراط الإجرائي باستخدام الإثابة في تدعيم الاستجابات الناجحة ، وعلى الآثار الحسنة المترتبة على الاستحسان الاجتماعي للمريض مع تقدمه في العلاج .

ويميز جوزف وولب (١٩٥٨) بين نوعين من الهستيريا : نوع من الهستيريا يتصف بدرجةٍ عالية من القلق ، والنوع الثاني يتصف بدرجة منخفضة من القلق . فالذين يتصفون بدرجةٍ عالية من القلق استجابوا جيداً للعلاج السلوكي ، أما المرضى ذوو القلق المنخفض فقد استجابوا بوسائل أخرى مثل : التنفيس الانفعالي والتنويم المغناطيسي .

الفصل الخامس:

المشكلات السلوكية عند الأطفال

طبيعة المشكلات السلوكية عند الأطفال .

- أولاً : اضطرابات النوم .
- ثانياً : المشكلات المتعلقة بالطعام (التغذية) .
- ثالثاً : التبول اللاإرادي .
- رابعاً : التبرز اللاإرادي .
- خامساً : الشعور بالغيرة .



الفصل الخامس

المشكلات السلوكية عند الأطفال

طبيعة المشكلات السلوكية عند الأطفال :

يُعاني الآباء والأمهات في الأسرة ، والمعلمون في المدرسة في مختلف المراحل الدراسية من مشكلاتٍ يُعاني منها الأطفال دون وجود حلول علاجية سليمة لها .

وهذه المشكلات لا يكون لها أسباب عضوية واضحة ، وإنما تُعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي الذي يُعاني منه الطفل وتؤدي إلى اختلال جزئي في شخصيته دون أن تفصله عن الواقع ، وتبقى شخصية الطفل المشكل مترابطة ومتكاملة وقادرة على الاستبصار في سلوكه إلى حدٍ كبير .

والملاحظ أن جميع الأطفال يمرون بصعوباتٍ سلوكية وانفعالية . وقد أظهرت دراسة النمو في كاليفورنيا (California Growth Study) أن كلًا من الذكور والإناث يُعانون في المتوسط من ٥ ـ ٦ مشكلات في أي وقتٍ خلال مرحلة ما قبل المدرسة وأثناء المدرسة الابتدائية ، وتنخفض درجة انتشار هذه المشكلات مع التقدم في العمر بالنسبة إلى أطفال المدرسة .

وهذا يعني أن الأطفال في سن ٦ ـ ٨ سنوات يفوقون الأطفال الأكبر سناً والذين هم ما بين ٩ ـ ١٢ سنة في عدد المشكلات السلوكية . كما دلت الدراسة أيضاً أن الذكور يفوقون الإناث في ظهور هذه المشكلات . وأن التباين في هذه المشكلات بين الأطفال الوحيدين ، والأطفال الذين لهم أشقاء هو تباين قليل جداً (شيفر وآخرون ، ١٩٨٩ م) .

وقد أثبتت الدراسات أن الجزء الغالب من الأطفال الذين يُعانون من مشكلاتٍ سلوكية قد فقدوا أمهاتهم قبل سن الخامسة سواء بالوفاة أو الانفصال أو

المرض . . . كما أن المشاحنات بين الوالدين وخلافاتهم المستمرة يؤدي بالطفل إلى عدم الإستقرار والأمن . فالأم التي تفشل في زواجها مثلاً تتقرب إلى طفلها بشكل مبالغ فيه ليعوضها عن تعاستها الزوجية ، كما تبني معه ارتباطاً وثيقاً يحمي كل انفعالاتها المكبوتة ، مما يجعل الطفل دائم الارتباط والالتصاق بأمه حتى بعد نضجه مما يجعله شخصية عاجزة واعتمادية وقابلة للإيحاء .

لذلك يجب ألا يقلل الآباء من أهمية المشكلات التي بحاجة إلى أن تواجه وتُحل بشكل فعال ، أما إذا أُهملت فإنها تؤدي إلى مشكلاتٍ أكثر خطورة .

وتثبت الدراسات أنه بإمكان الآباء مع قليلٍ من التوجيه من قبل الأخصائيين حل العديد من مشكلات أبنائهم السلوكية بنجاح . ومن الطرق الأكثر نجاحاً في مساعدة الأطفال على حل مشكلاتهم السلوكية ما يلي(*) :

١ ـ إعادة ترتيب برنامج الطفل .
٢ ـ تعزيز السلوك المرغوب .
٣ ـ طمأنة الطفل وتقديم الدعم له .
٤ ـ تجاهل سوء التصرف وعدم الانتباه له إطلاقاً .

وسوف نتناول فيما يلي بعض المشكلات السلوكية التي من وجهة نظرنا مهمة بالنسبة إلى الآباء والمعلمين حيث سنتناول كل مشكلة وأسبابها وأساليب الوقاية والعلاج التي يمكن اتباعها .

أولاً : اضطرابات النوم Sleep Disturbances :

طبيعة اضطرابات النوم :

يُعتبر النوم ذا قيمة حيوية في حياة الإنسان ، لأنه يُعتبر صمام الأمان للصحة الجسمية والصحة النفسية في آنٍ معاً . وتزداد قيمة النوم بشكلٍ أكبر في مرحلة الطفولة ليس فقط من أجل قيام أجهزة الجسم المختلفة بوظائفها ، وإنما لتحقيق التوازن النفسي للطفل أيضاً . واضطرابات النوم البسيطة شائعة في مرحلة

(*) شيفر وآخرون : مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها ، ترجمة نسيمة داود وآخرون ، الجامعة الأردنية ، عمان ، ١٩٨٩ .

الطفولة خاصة في عمر السنتين، وكذلك عند الأطفال ما بين ثلاث وخمس سنوات . وهذه الاضطرابات تُعبر عن ردود فعلٍ طبيعية ، وتعبر عن عدم الشعور بالأمن . واضطرابات النوم المؤقتة والمعتدلة في شدتها شائعة الظهور ، إلا أن اضطرابات النوم الحادة أو المستمرة تُعتبر أولى الدلائل على وجود الاضطراب النفسي لدى الأطفال . والفرق بين اضطرابات النوم الطبيعية والمرضية هو فرق في الدرجة وليس في النوع .

الأعراض :

تصاحب اضطرابات النوم عند الطفل جملة من الأعراض والتي تكون على شكل أرق ، وتجوال ليلي ، وكوابيس مزعجة ، وكلامٍ في أثناء النوم . . . إلخ ، وأهم هذه الأعراض ما يلي :

أ ـ الأرق Insomania :

الأرق هو عدم القدرة في الحصول على النوم الكافي ، يتجلى في صعوبة البدء في النوم ، أو عدم الراحة في أثناء النوم ، أو صعوبة الاستمرار فيه . كما يمكن أن يكون بالاستيقاظ المبكر في الصباح .

فالكثير من الأطفال يُصابون بالأرق الطويل الذي يكون بدوره مزعجاً للطفل ووالديه . فإذا تم التأكد من عدم وجود مرض عضوي مثل الاضطرابات المعدية أو ضيق في التنفس ، أو ارتفاع في درجة الحرارة . . . فإن الأرق يكون عرضاً نفسياً ، يظهر على شكل إجهاد خلال النهار ، وسرعة الاستثارة واختلال الأداء الوظيفي خلال ساعات النهار . يصاحب اضطراب الأرق شكاوى غير محددة من بينها اضطراب الوجدان والذاكرة والتركيز .

ب ـ التجوال الليلي أو « السير في أثناء النوم » Somnambulism :

وهو من الأعراض الشائعة بين الأطفال ، حيث يحدث عادةً بعد ١ ـ ٣ ساعات من استغراق الطفل في النوم حيث يكون هناك انخفاضٍ واضح في مستوى الوعي والاستجابة للمحيط عند الطفل .

وقد تكون هذه الأعراض عادية إذا كانت عرضية عابرة ، كما أنها تعبر عن صراعٍ لا شعوري في حياة الطفل إذا تكررت عدة مرات .

وقد بيّنت الدراسات أن حوالى ١٠ ـ ١٥ ٪ من الناس يظهر لديهم المشي أثناء النوم في وقتٍ ما من حياتهم قبل سن المراهقة ، ويظهر تناقص في مرات حدوث المشي أثناء النوم عند من توجد عندهم هذه الحالة مع التقدم في العمر .

ج ـ الكابوس والفزع الليلي Night mare and Night terrors :

الكـابوس يظهر في كل الأعمار ، ويكون ظهوره واضحاً في الطفولة ، حيث يستيقظ الطفل باكياً ويتذكر ما شاهده في نومه ، ويرويه لأهله ، ويستجيب لتهدئة الوالدين ويعود للنوم سريعاً .

أما الفزع الليلي فيتجلى على شكل صراخ من قبل الطفل عند استيقاظه ، وتبدو على وجهه علامات الرعب والخوف ، ويستمر في بكائه بالرغم من تهدئة الوالدين له وتطمينه ، ويصاحب ذلك شحوب في اللون وتصبب في العرق ، وقد يتكرر الفزع عدة مرات في الليلة الواحدة .

وقد يتطور الفزع عند الطفل ليكون على شكل نوبات صرعية . وتحدث نوبات الحلم المفزع خلال فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة (R.E.M)، ولكنها قد تحدث في أي وقت ليلاً وتزداد قرب نهاية النوم (حمودة ، ١٩٩٠) .

وينتشر الفزع عند الأطفال الذين ينغمس آباؤهم في الخمر والمخدرات ولا يعودون إلى البيت إلا في ساعاتٍ متأخرة . والأطفال الذين لديهم حالة الفزع الليلي يكونون عصبيي المزاج ، نشيطين جسدياً ، يذهبون إلى النوم وهم مرهقون ، ويظهر الرعب خلال الساعات الأولى من النوم . وهذا الفزع الليلي هو أكثر حدوثاً عند الأطفال في سن ما قبل المدرسة منه بين الأطفال الكبار والراشدين .

د ـ الحديث في أثناء النوم Sleep Talking :

يتجلى الحديث في أثناء النوم على شكل تمتمة ببضع كلمات ، أو النطق ببعض المقاطع الواضحة ، وهذا الحديث يدل على أفكار ونشاطات من اليوم السابق ، كما يدل على انشغال تام بموقفٍ يثير القلق مثل الرسوب في أحد المواضيع المدرسية . وكثيراً ما يظهر الحديث في أثناء النوم وفي أثناء المرض الذي ترافقه حمى « ارتفاع درجة الحرارة » . وإذا أردنا التعرف على ما يزعج الطفل يمكن

الإصغاء إلى حديثه في أثناء النوم والتحدث معه بشكلٍ مناسب في اليوم التالي .

هـ ـ مقاومة الذهاب إلى النوم Resistance to going to sleep :

يقاوم الأطفال أحياناً الذهاب إلى النوم ، وتزداد هذه المقاومة نتيجة اهتمام الوالدين الزائد والقلق لهذه الحالة . وقد تكون مقاومة الطفل للنوم نتيجة القلق أو الإثارة الزائدة ، في حين يشعر آخرون بالوحشة إلى حدٍ بعيد عندما يكونون وحدهم وهم بحاجة ماسة إلى التطمين الذي يحصلون عليه من والديهم .

الأسباب :

تتعدد الأسباب الكامنة وراء اضطرابات النوم فقد تكون الأسباب :

١ ـ نفسية : مثل الخوف من الظلام ، والاضطراب الانفعالي ، والتوتر ، وعدم الاستقرار ، وعدم الشعور بالأمن ، والتخويف ، والقلق ، والصراعات الداخلية ، وانقطاع النوم بالأحلام أو الكوابيس .

٢ ـ الأسباب العضوية : الإجهاد الجسمي والعصبي ، والإفراط في الأكل ، والإثارة الزائدة ، والذبحة الصدرية وما تسببه من ألم .

٣ ـ أسباب أخرى مثل : اتجاهات الوالدين الخاطئة عن مدة النوم عند الطفل ، وإجبار الطفل على النوم ، وأساليب المعاملة السيئة للطفل . . .

والنوم بالنسبة إلى الطفل الصغير أشبه بالانفصال عن الوالدين ، ويرتبط العديد من اضطرابات النوم بقلق الانفصال ، حيث يخاف الطفل من أن يحصل مكروه لأبويه أثناء نومه . أما الأطفال ما بين ٤ ـ ٦ سنوات فتكون مخاوفهم محددة مثل أن يقوم اللصوص بإيذاء آبائهم ، أو أن ينشب حريق في بيتهم . . . إلخ .

طرق الوقاية والعلاج :

تتعدد طرق الوقاية والعلاج في حالات اضطرابات النوم عند الأطفال .

أ ـ فالطفل الذي يُعاني من الأرق لا بد من اتباع ما يلي لتخليصه من هذه الحالة :

* لا بد من وضع جدولٍ زمني لنوم الطفل ومن التأكد من التزام الطفل بذلك . وهذا يعني أن يذهب إلى الفراش ويستيقظ في الموعد المحدد نفسه ولا بأس من

استخدام ساعة منبه . ومن المفضل تجنب النوم نهاراً بالنسبة إلى الأطفال الكبار .

* أن يسبق النوم نشاطات هادئة تبعث على الاسترخاء ، مثل القراءة ، كما أن حماماً ساخناً قبل النوم يساعد على الاسترخاء ، أو تُستخدم أشرطة كاسيت تبعث على الاسترخاء .
* الأكل باعتدال : لذا لا بد من تجنب الوجبات الثقيلة في وقتٍ متأخر ليلاً . كما يمكن تجنب المشروبات التي تحتوي على منبهات مثل : الكافيين مدة ٥ ـ ٧ ساعات قبل النوم مثل :القهوة، والشاي ، والكاكاو . . . ومما يساعد على النوم تناول وجبة خفيفة خاصة إذا كانت غنية بحامض « التريبتوفان » L-Tryptophan ، إذ أن لهخصائص تدفع إلى النوم .
* تشجيع الطفل على ممارسة التمرينات الرياضية خلال النهار . إن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى زيادة فترة النوم والنوم العميق الهادىء .
* يجب أن تكون غرفة النوم مناسبة : أي أن تكون معتدلة الحرارة وبعيدة عن الضوضاء لأن الصوت المنبعث من الشارع أو من صوت المسجل أو التلفزيون يؤدي إلى اضطراباتٍ في النوم .
* لا بد من استخدام السرير فقط للنوم ، وليس لمشاهدة التلفاز أو للقراءة .
* ينصح الطفل الذي يُعاني من الأرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم ، وإذا لم يدركه النوم بعد خمس دقائق عليه أن ينهض من الفراش ويمارس بعض الأعمال .
* تغيير مكان النوم خاصة إذا كان المكان الأول يبعث على الخوف ويؤدي إلى الأرق .

ب ـ أما بشأن الطفل الذي يتجول في أثناء النوم فيمكن اتباع ما يلي :

* لا بد من أن يُقاد الطفل الذي يمشي ليلاً إلى سريره .
* إعطاء الطفل الذي يتقبل الإيحاء بشكلٍ كبير ، إيحاءات مباشرة بأنه سوف يستيقظ بمجرد ملامسة قدميه للأرض في أثناء الليل .
* يحذر من ربط أجراس في باب غرفة الطفل الذي يتجول ليلاً .

* في حالة المشي الحاد في أثناء النوم « مرة إلى أربع مرات أسبوعياً ولفترة طويلة » يمكن استخدام دواء إميبرامين (Imipramine) ١٠ ـ ٥٠ ملغم وقت النوم .

ج ـ في حالة الفزع الليلي والكابوس : .

* فمن طرق الوقاية في هذه الحالة ينصح أن تكون الساعة التي تسبق النوم هادئة ، ويتم تجنب مشاهدة التلفزيون والقصص المثيرة ، والألعاب الخشنة . كما أن الابتعاد عن الأصوات العالية والصاخبة يكون ضرورياً أثناء النوم .

* كما أن الدعم الوالدي للطفل وتطمينه حين تعرضه للكابوس أو الفزع الليلي ضروري ، حيث يحمل ويطمئن . ومن الضروري البقاء مع الطفل حتى تنتهي النوبة مما يؤدي إلى نوم هادىء فيها بعد .

* كما أن استخدام العقاقير مفيد أيضاً لوقف حدوث نوبات الفزع الليلي مثل : دواء « Imipramine وDiazipam » .

* كما أن إزالة الزوائد الأنفية في حالة وجودها ضروري لإبعاد الطفل عن حالة الفزع الليلي والكابوس .

* ولا بد من السماح للطفل بالتنفيس عن انفعالاته من خلال اللعب ، ليتحرر من مخاوفه وقلقه ، وذلك من خلال تمثيلية مسرحية أو تمثيلية الدمى والتغلب على الأشياء المخيفة بالتفوق عليها .

ثانياً : المشكلات المتعلقة بالطعام (التغذية) Problems Eating

مفهوم المشكلة ومظاهرها :

إن عادات الأكل كغيرها من العادات تحتاج إلى تدريب صحيح في الوقت المناسب ، وهي من أولى العادات التي تتطلب الانتباه والرعاية من قبل الوالدين . ذلك أن الكثير من العادات السيئة التي يكتسبها الفرد في طفولته وثيقة الصلة بعاداته في المراهقة وخاصة في عادات الأكل والنوم والإخراج ، ويمكن أن تكون أولى الصعوبات التي تواجه الأم صعوبة مزدوجة هي : تقديم الغذاء الملائم للطفل حديث الولادة ، وتكوين عاداتٍ حسنة لتناول هذا الغذاء في الوقت المناسب .

لهذا لا بد للوالدين أن يعيرا أهمية كبيرة ، وفهماً دقيقاً في كيفية التعامل مع الطفل في أثناء وجبات الطعام اليومية ، إذ لا يمكن ضمان الصحة النفسية والبدنية للطفل إذا كان هناك شذوذ في تناول الطعام ، وردود انفعالية من قبل الوالدين سواء بالكلام أو بالفعل ، أو إسراف في رعاية الطفل .

فكثيراً ما تجذب انفعالات الآباء وعنايتهم انتباه الطفل ، وتبعث عنده شعوراً بالقوة ، توحي له أن ساعة تناول الطعام فرصة مناسبة لاجتذاب الانتباه إليه والاهتمام بأمره ، وهذا ما يغيب عن الأم تماماً . فبسلوكه هذا يجعل الأم تجلس لإطعامه مثلاً أو تقص عليه بعض القصص ، أو تغريه وترشوه ليأكل ، أو تهدده وأحياناً ما تدمع عيناها حنقاً وغضباً . وهذا ما يبعث عند الطفل الرضا والراحة دون أن يكون عارفاً بالعوامل التي تدفعه إلى سلوكه هذا .

وهذه الظروف التي تتعلق بإطعام الطفل وما تجره من مشاكل تكون أحياناً عامة ولا تخلو منها طبقة اجتماعية ، ولكنها أكثر ظهوراً عند أبناء المترفين الأثرياء ، خاصة عند من يكون أمر تربية أبنائهم موكلاً إلى المربيات .

ونود التأكيد أنه من الصعب وضع معايير دقيقة لغذاء الطفل ، إذ أنه ليس من الضروري أن يكون لكل الأطفال من عمر واحد وزن واحد ، ولن ينجم أي ضرر إذا أخفقنا فيما نسميه « معايير الطعام » أو إذا رفض الأطفال أحياناً وجبة أو اثنتين من وجبات الطعام .

وأكثر المشكلات المتعلقة بتغذية الطفل شيوعاً ما يلي :

أ ـ ضعف الشهية للطعام :

من الطبيعي أن يثير ضعف شهية الطفل للطعام انزعاج الوالدين وقلقهما ويحوز على جانب كبير من اهتمامهما ، وعند بحث هذه المشكلة لا بد من معرفة فيما إذا كان ضعف الشهية للطعام دائماً أم مؤقتاً .

فإذا كان دائماً فإن ذلك يعزى إلى عوامل مزمنة ، أما إذا كان مؤقتاً فذلك يعود إلى عوامل طارئة . كما يجب معرفة فيما إذا كان فقدان الشهية للطعام فجائياً أم تدريجياً ، إذ أن الفقدان الفجائي للشهية غالباً ما يكون مصحوباً بأعراض مثل ارتفاع درجة الحرارة أو التقزز أو الغضب أو الحزن . . . إلخ .

كما يجب معرفة فيما إذا كان ضعف الشهية عاماً يتناول جميع المأكولات ، أم خاصاً يتناول البعض دون الآخر . وكذلك معرفة فيما إذا كان ضعف الشهية للطعام يظهر في جميع المناسبات أو في مناسباتٍ معينة كالأكل المنفرد ، أو الأكل على مائدة غير منوعة الأصناف وما إلى ذلك .

يظهر ضعف الشهية للطعام على شكل تأفف ، أو البطء في تناول الطعام أو انعدام الرغبة فيه .

الأسباب :

هناك أسباب عديدة تكمن وراء ضعف الشهية للطعام منها :

أ ـ أسباب عضوية :

هناك صلة وثيقة بين النشاط الغددي العام ، وتمثيل الطعام والقابلية لأخذه . فالصلة وثيقة بين الحياة الجسمية والحياة النفسية للطفل . كما أن إصابة الطفل بأمراض الفم والأسنان والجهاز الهضمي يمكن أن تسبب نفور الطفل من الطعام أو تُضعف شهيته له . وهناك فوق هذا بعض الخصائص الجسمية العامة التي تُصاحب عادة فقدان أو ضعف الشهية للطعام ، فصاحب الجسم الطويل الرفيع يكون قليل الشهية للطعام ، بخلاف صاحب الجسم الواسع الثخين .

وقد وجد أحد الباحثين أن ٨٢٪ من الأطفال قليلي الشهية للطعام من النوع الرفيع الطويل . ولهذا فإن هذه الأسباب تستدعي على أية حال فحصها جيداً ، وتحديد الدور الذي تلعبه .

ب ـ أسباب نفسية :

تتأثر القناة الهضمية المعوية تأثراً شديداً ومباشراً بالانفعالات ، وقد أثبتت البحوث الفسيولوجية أن جهاز الهضم لا يقوم بأداء عمله أو يؤديه بشكلٍ ناقص في أثناء الانفعالات الشديدة . فالعصارة الهضمية يقل إفرازها أو يقفُ ، كما تتعطل العمليات اللازمة للهضم في أثناء الانفعالات . وقد وُجد أن الكثير من الأمراض المعدية والمعوية تكون نفسية المنشأ ـ أي ناشئة عن حياة انفعالية مضطربة ، مثل أمراض القرحة المعدية ، والتهاب القولون . كما أن الطفل يفقد شهيته للطعام في أثناء ثورات الغضب ، والحزن . لذا لا بد للوالدين من تأجيل

وجبة طعام الطفل إذا كان في حالة انفعالية شديدة حتى يهدأ .

كذلك فقد يكون فقدان الشهية للطعام أو ضعفها عند الطفل أحياناً حيلة شعورية أو لا شعورية لعقاب الوالدين ، أو لعقاب الذات .

فإذا أذنب الطفل فقد يعاقب نفسه بالإقلاع عن الطعام . كما أنه إذا عوقب من والديه يقلع أيضاً عن الطعام عقاباً لوالديه ولنفسه في الوقت نفسه .

وقد يكون فقدان الشهية للطعام أو ضعفها وسيلة لجذب انتباه الآخرين له « الوالدين » فهذا الضعف للشهية يثير حوله اهتماماً خاصاً من والديه لا يحصل عليه عادة دون هذا الإجراء . كما أنه وسيلة للسيطرة عليهما .

ج ـ أسباب اجتماعية :

تأخذ عملية إطعام الطفل طابعاً مقدساً عند بعض الأسر في الطبقات الوسطى والعليا ، حيث يرافق إطعام الطفل أحياناً بتصفيق وتهليل ، وسرد قصص مختلفة ، ورشوة الطفل باللعب ومنحه بعض الجوائز لإغرائه على الأكل مما يؤدي في النتيجة إلى إعراض الطفل عن الطعام وتقززه ونفوره منه .

وبنتيجة اهتمام الأسرة المبالغ فيه في إطعام الطفل تزداد المشكلة تعقيداً خاصة عندما تصبح مشكلة مزمنة وأكثر حدة بسبب الصراع والتوتر الناجم عن ذلك . فجو الأسرة المتوتر لا يساعد على الأكل بشكل مناسب ، كما تصبح رغبة الطفل في إنهاء الوجبة بأي شكل هو الحل الوحيد عند الطفل . وقد يكون الآباء الذين يمثلون نموذجاً بالنسبة إلى الطفل هم السبب المباشر لسلوك أبنائهم. فإذا كان الأب يصرح بما يحب وما لا يحب من الطعام وكذلك تقوم الأم بالأسلوب نفسه فإن ذلك ينعكس على الطفل ، حيث يظهر في أكله أشكالاً من التأفف والمفاضلة ويكون هذا قائماً بأكمله على التقليد . كما أن افتقار الأطفال إلى التعليم المناسب بشأن عادات الطعام وعدم التعزيز في حالة الأكل المناسب من الأسباب التي تسبب الإعراض عن الطعام .

٢ . ٤ ـ القيء :

يُعتبر القيء من أكثر الأعراض شيوعاً عند الطفل نظراً لحساسيته الجسمية والنفسية ، إذ يحدث ذلك مع أي ارتفاع في درجة الحرارة ، والنزلات المعوية ،

والحميات المختلفة . لذا لا بد لنا من التأكد من اختفاء هذه الأعراض قبل البحث عن الأسباب النفسية التي تسبب القيء وأن ننقب بشكل دقيق عن أسباب التوتر الانفعالي لديه ، والتأكد فيما إذا كان القيء عارضاً أو متكرراً ، وفيما إذا كان مرتبطاً بمناسبة معينة أم عاماً .

الأسباب :

بالإضافة إلى الأسباب العضوية والتي ذكرت مقدماً ، يمكن إجمال أهم أسباب القيء عند الطفل بما يلي :

١ ـ التهديد والعقاب : إن الأم بعد أن استنفذت جهودها في إغراء الطفل بالطعام ، تلجأ إلى هذا الأسلوب وترغم الطفل على الطعام ، وقد تنجح أحياناً في ذلك ولكن في هذه الحالة تكون العملية الفسيولوجية المتعلقة بالهضم قد أصابها الاضطراب ، والذي نتج عن شدة الموقف الانفعالي الذي أحاط بالطفل ، مما يؤدي بالطفل إلى قذف الطعام قذفاً لا إرادياً .

٢ ـ وقد يكون القيء جانباً في حيلة يصطنعها الطفل لاجتذاب الرعاية من أم تبالغ في الشفقة عليه وتسرف في ذلك . كما يكون حيلة دفاعية للتعبير عن احتجاجه ونفوره وتقززه من بعض الظروف الأسرية .

٣ ـ تعاسة الطفل ، وعدم حصوله على الحنان الكافي من والديه ، وكذلك نزاعه المستمر مع إخوته والذي تكون نتيجته الغلبة على أمره .

٤ ـ الكبت والحرمان والإحباط لدوافع الطفل ورغباته ، وحرص الوالدين على حجزه بالمنزل وعدم اختلاطه بالأطفال الآخرين .

٥ ـ وأحياناً يحدث القيء عند بعض الأطفال مرهفي الحس ، إذ أن مشاهدتهم أو سماعهم لغيرهم يقيئون ، سرعان مايقذفون بالطعام من أفواههم . وفي هذه الحالة يحدث القيء كتقليد للآخرين . لذا لا بد من التنبيه بالالتزام بالعزلة في أثناء القيء من قبل الأم أو غيرها من الكبار .

٣ ـ الشراهة :

تُعتبر الشراهة في تناول الطعام من المشكلات التي يندر أن يشكو منها الإنسان، وهذه المشكلة تبدو بصور مختلفة . فقد يأكل الطفل أكثر مما يحتمل دون

أن يحسن مضغه . والشراهة تكون عامة ، وقد تكون خاصة تظهر في مناسباتٍ معينة دون غيرها . فبعض الناس ينظر إلى الطعام كنوعٍ من الهواية والتي يصرف فيها وقته وماله .

الأسباب :

١ ـ الأسباب الجسمية : فقد تكون الشراهة ناتجة عن إصابة الطفل بالديدان المعوية التي تسبب له الحاجة المستمرة إلى تناول الطعام . كما قد تكون الشراهة ناجمة عن اضطراب في الغدد عند الطفل مما يشعره بالحاجة الملحة إلى تناول الطعام .

٢ ـ وقد تكون الشراهة مصدراً للشعور بالرضا النفسي : لأن أكل كميةٍ كبيرة من الطعام يعوض الشعور بالحرمان ، ويؤدي إلى شعور بالسلوى والعزاء من خلال الطعام . ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن الشراهة هي تثبيت لمرحلة اللذة الذاتية المرتبطة بالفم ، والتي غالباً ما ترجع في أصلها إلى مشكلاتٍ مرتبطة بعملية الرضاعة .

٣ ـ كما قد تكون الشراهة وسيلة دفاع وحماية للذات من الأشياء التي يدركها الطفل على أنها مصدر خطر . لذا فإن فقدان الشعور بالأمن والذي يظهر في حالات فقدان حب الآخرين ، والشعور بالاكتئاب يشعر الطفل بالحاجة الملحة إلى تسلية النفس عن طريق الأكل والشراهة فيه .

٤ ـ ومن أسباب الشراهة الإفراط المتعلم في الطعام : فالكثير من الأطفال يكثرون من الطعام لإرضاء آبائهم ، لأن الآباء يعتقدون أن الأطفال البدينين أكثر صحة وأوفر سعادة ، كما أن التعزيز الإيجابي للأبناء بالإكثار من الطعام يؤدي إلى تأصل هذه العادة مثال : « كل أكثر » أو الابتسامة والمديح . كما أن تعلم الشراهة يكون بتقليد الوالدين البدينين اللذين يقدمان نموذجاً لأبنائهما .

الوقاية والعلاج :

١ ـ لا بد من العلاج الطبي للأمراض الموجودة عند الطفل والتي قد تكون سبباً في ضعف الشهية للطعام مثل أمراض الفم والأسنان والجهاز الهضمي .

٢ ـ عدم إكراه الطفل على تناول الطعام ، وتجنب الوجبات الطويلة حتى لا تُسبب الملل للأطفال ، ومن الضروري رفع الوجبة بعد نصف ساعة بشكلٍ ودي مع القول : « أعتقد أنك لست جائعاً اليوم » . كما يجب تجنب إعارة الاهتمام لقلة الأكل عند الطفل ، إذ أن ذلك يعزز مشكلات الطفل المتعلقة بضعف الشهية وزيادتها .

٣ ـ تجنب المقادير الكبيرة من الطعام ، إذ من المفضل إعطاء كمياتٍ قليلة من الطعام للطفل ، مثلاً : نصف كوب حليب ، أو قطعة صغيرة من الخبز ، إذ أن ذلك يؤدي بالطفل إلى طلب المزيد حين الحاجة .

٤ ـ تجنب تناول مأكولاتٍ خفيفة بين الوجبات من قِبل الطفل . فالمأكولات الخفيفة تقلل الشعور بالشهية . وفي هذه الحالة يمكن وضع الطعام في خزانة تمنع وصول أيدي الأطفال إليها . ومن الضروري تقديم الطعام في أوقاتٍ منتظمة .

٥ ـ ومن الضروري أيضاً تجنب الصراعات ، والمجادلات، والإحباطات في أثناء وجبات الطعام . فليس من الضروري أن تحاضر على الطفل حول أهمية الأكل وتقول : « أرجو أن تحب هذا مثلاً » ، وليكن لديك توقع هادىء بأن الأطفال سوف يأكلون ما يُقدم لهم . كما يجب تجنب الإثارة الانفعالية في أثناء الطعام وأمام الأطفال .

٦ ـ وللأناقة في تقديم الطعام فضلٌ كبير في فتح شهية الطفل ، فقد يجذب انتباه الطفل أن يكون له مائدة صغيرة ، وأطباق خاصة ، وأن يؤذن له بالجلوس بجانب أمه . ومن المفضل أن يعرف الطفل أنه إذا تعلم كيف يأكل بهدوء وبشكلٍ لائق ، يسمح له بالجلوس مع الكبار إلى المائدة .

٧ ـ لا بد من تقديم الطعام في أوقات جذابة للطفل وسارة وهادئة . ومن الضروري أن تكون وجبات الطعام مناسبة لاجتماع الأسرة في جوٍ سار وممتع ، مما يشكل خبرة إيجابية دائمة لعملية الأكل عند الطفل .

فالأكل ينبغي أن يكون متعة وليس معركة يكره الأطفال على الأكل خلالها . لذا فإن اتجاه الراشدين الذي يتصف بالاسترخاء وعدم الضغط ، يعد عنصراً أساسياً ، إذ أن تقديم الطعام بشكلٍ عرضي وبدون الحاح يبعث

على الاسترخاء ويؤدي إلى عادات أكلٍ جيدة ويمنع تطور المشكلات ، فالتحقير والتأنيب والنقد لعادات الطفل في أثناء الطعام ينبغي تجنبه بشكلٍ تام .

٨ ـ ومن الضروري إشراك الأطفال في انتقاء الطعام ، وإعداده في سنٍ مبكرة ، وأن يستمر خلال فترة المراهقة . لذا لا بد من إشراك الطفل في شراء المواد الأولية للطعام ، وأن يشترك بشكلٍ أولي بأخذ رأيه في الطريقة التي يفضل طبخها . كما أنه بالنسبة إلى الطفل الصعب إرضاؤه صنع نماذج مختلفة من الطعام ليصبح أكثر جاذبية إلى الطفل (طائرة ، قلم ، . . .) كما يمكن تقديم خضروات نيئة مع الوجبة ، وأن تُقدم الأطعمة غير المرغوبة بخلطها مع أطعمة مرغوبة .

وبالنسبة إلى الأطفال الذين لا يرغبون في تناول وجبة الإفطار يمكن جعل هذه الوجبة مغرية لهم .

ثالثاً : التبوُّل اللاإرادي Enuresis :

مفهوم التبول اللاإرادي ومظاهره :

يُقصد بالتبول اللاإرادي تكرار نزول البول لاإرادياً في الفراش من قبل الطفل في سن الرابعة فما فوق . أو عدم قدرة الطفل العادي على التحكم في عملية التبول في سنٍ ينتظر فيه أن يكون قد تعود على ضبط جهازه البولي .

وهذه الظاهرة تشير إلى ضعف قدرة الطفل على ضبط عمليات المثانة وعدم قدرته على التحكّم فيها حتى يذهب إلى الحمام وإفراغ المثانة إرادياً . ويرى بيلر Baller (١٩٧٥) أن التبول اللاإرادي « حالة من التفريغ اللاإرادي للمثانة ليلاً عند طفلٍ يزيد عمره عن ثلاث سنوات ونصف بمعدل لا يقل عن مرتين في الأسبوع من غير أن تظهر عنده أسبابٌ عضوية واضحة » .

وحالة التبول اللاإرادي كثيرة الشيوع عند الأطفال الذين يُعانون من بعض المشاكل العاطفية والانفعالية ، كما تظهر عند غيرهم ممن لا يعانون من هذه المشاكل . وقد يكون التبول اللاإرادي في الليل وقد يكون في النهار وقد يكون في الليل والنهار . وقد يكون التبول اللاإرادي متصلاً أي منذ الولادة ، وقد يكون

متقطعاً ، فقد يحقق الطفل نجاحاً لمدة ثلاثة أشهر في انقطاعه عن التبول اللاإرادي ، إلا أنه يعود إلى التبول اللاإرادي مرة أخرى . وتشير الدراسات إلى أن معظم الأطفال (٨٠٪ منهم)، من نوع المتبولين لاإرادياً بشكل متصل .

كما أظهرت الدراسات أن حوالى ٢٥٪ ممن يتبولون لاإرادياً في الليل تظهر عندهم هذه المشكلة في النهار .

وإن نسبة الأطفال الذين يتبولون لاإرادياً تتناقص تدريجياً مع تقدمهم في العمر . وتشير البيانات إلى أن كل واحد من كل أربع حالات ما بين الرابعة والسادسة من العمر ، وأن ١٢ ٪ من الأطفال ما بين السادسة والثامنة من العمر ، وأن ٥ ٪ من أطفال سن العاشرة إلى الثانية عشرة ، و٢ ٪ من صغار الراشدين يُعانون حالات التبول اللاإرادي بين الحين والآخر في فراشهم . كما بيّنت الدراسات أيضاً أنه في عمر الثالثة تصل نسبة الأطفال الذين تعلّموا ضبط التبول ليلاً إلى ٧٥ ٪ ، وفي سن الخامسة تكون النسبة العظمى منهم قد تعلمت ضبط التبول الليلي ، ويبقى حوالى ١٠ ٪ منهم يعانون من المشكلة ، وتتناقص هذه النسبة سنوياً .

ويرى كمال (١٩٨٣) أن التبول اللاإرادي الليلي ليس إلا عادة طبيعية في السنة الأولى من العمر ، وأن هذه العادة تقل تدريجياً مع التقدم في العمر ، ويشير أيضاً إلى أن حوالى ٨٩ ٪ من الأطفال تتوقف عندهم هذه العادة في نهاية السنة الثالثة ، وتستمر عند البعض الآخر .

ويُعاني من هذه المشكلة حوالى ١٣ ـ ٢٥ ٪ من أطفال الصف الأول الابتدائي . وأظهرت الدراسات (عكاشة ، ١٩٧٦ م) أن هذه المشكلة تنتشر بين الذكور أكثر منها عند الإناث . وبيّنت دراسة كاوفمان Kauffman (١٩٨١) أن نسبة من يعانون من هذه المشكلة من الذكور هو ضعف النسبة عند الإناث . والجدير بالذكر أن حالات التبول اللاإرادي لا تُعتبر مشكلة إذا ما حدث ذلك في الطفولة المبكرة (أي قبل ثلاث أو أربع سنوات) . أما إذا استمرت بعد هذه السن فإنها تُعتبر حالة مرضية .

وأظهرت الدراسات Kauffman (١٩٨١) ، وSchaefer (١٩٧٩) أن تبليل الطفل لفراشه بعد الخامسة من العمر مراتٍ قليلة ليس مشكلة (لأن

العرض لم يتكرر) فمن الملاحظ أن بعض تلاميذ الروضة والابتدائي يتبولون في ملابسهم أحياناً ، لعدم معرفتهم بمكان الحمام أو الخوف أو الخجل من استئذان المدرّسة أو لانشغالهم باللعب . كما قد يتبول البعض لاإرادياً ليلاً نتيجة حلم مزعج أو بسبب التعب وغلبة النوم . وتشير الدراسات Schaefer (١٩٧٩ م) ، وBerg (١٩٧٩)أن حوالى ٧٥ ٪ من الحالات (التبول اللاإرادي) تُعاني من تبول ليلي ، ٢٠ ٪ من تبول ليلي ونهاري و٥ ٪ من تبول نهاري فقط .

أسباب التبول اللاإرادي :

عُرفت مشكلة التبول اللاإرادي منذ أقدم العصور ، واهتم الإنسان بدراستها منذ حوالى ٣٠٠٠ سنة . وكان الميل الغالب آنذاك أن سبب هذه المشكلة ، حلول أرواح شريرة بأجسام الأطفال مما أدى إلى سوء معاملتهم بالضرب وكيهم بالحديد والنار لإرغام هذه الأرواح على الخروج من أجسامهم .

وأشارت الدراسات الأنثروبولوجية أن بعض القبائل البدائية في جنوبي إفريقية تعتقد حتى الآن أن تبول الأطفال لا إرادياً سببه وجود دم فاسد « Bad Blood » في أجسامهم ، ويعالجونهم بفتح ثقب في أعلى الصدغ لقصد هذا الدم .

وفي القرن التاسع عشر ساد الاتجاه الذي يرى أن سبب التبول اللاإرادي عضوي حيث يكون نتيجة ضعف في المثانة أو أمراض في المسالك البولية والكليتين وعالجوها بالأدوية والعقاقير الطبية .

أما في القرن العشرين فقد زاد الاهتمام بهذه المشكلة واتجه النظر إلى الأسباب النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى الأسباب العضوية . وتجمع الدراسات على تصنيف أسباب التبول اللاإرادي إلى ما يلي :

١ ـ أسباب عضوية وراثية :

حيث نجد أن بعض من يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي يظهر لديهم خللٌ في الجهاز البولي ، إما بسبب الوراثة أو بسبب الأمراض التي تصيبه « أي التي تُصيب الجهاز البولي ، مثل التهاب مجرى البول ، أو وجود حصوة في إحدى الكليتين أو المثانة أو الحالب » أو نتيجة الإصابة بأمراض أخرى مثل التهاب

المستقيم ، ومرض السكري ، والإمساك وسوء الهضم .

وأكدت الدراسات أن الأطفال الذين يُعانون من تبول لاإرادي متصل يكون لديهم عدم نضج كافٍ لميكانيكية السيطرة على المثانة .

وتتراوح التقديرات لوجود أسباب عضوية لهذه المشكلة ، مثل : التهاب القناة البولية ، واضطرابات بنيوية في الجهاز البولي كصغر حجم المثانة أو اتساع فوهة المثانة ، ما بين ١ ـ ١٠ ٪ . وكثيراً ما يرتبط التبول اللاإرادي بوجود البول الحمضي المركز ، وديدان في الشرج . . . .

وتشير بعض الدراسات « Frary » إلى أن مشكلة التبول اللاإرادي مشكلة وراثية بدليل أن آباء الأطفال المتبولين لاإرادياً كانوا يُعانون من هذه المشكلة بنسبة ٣٢ ٪ آباء ، و٢٠ ٪ أمهات . وأيد « Katter » ذلك فوجد أن ٥٢ ٪ من أسر هؤلاء الأطفال لهم فرد أو أكثر كان يُعاني من التبول اللاإرادي في صغره أو لا يزال يُعاني منه (عودة ، وآخرون ، ١٩٨٤) . ويرى اسمان Esman (١٩٧٧) أن ما يقارب ثلاثة أضعاف حالات التبول اللاإرادي موجودة بين آباء الأطفال المتبولين لاإرادياً منها بين آباء الأطفال غير المتبولين لاإرادياً عندما كانوا أنفسهم أطفالاً .

ولكن القول بوراثة التبول اللاإرادي قول ضعيف علمياً حتى الآن . إذ لا يوجد دليل علمي يدل أن التبول اللاإرادي ينتقل عن طريق المورثات ولا عن طريق جرثومة مرضية . لكن الإحتمال الأكثر قبولاً في وراثة التبول اللاإرادي هو وراثة الأطفال الذين يُعانون من هذه المشكلة ، لخصائص فسيولوجية (استعدادية) تؤدي إلى تأخر نضج المثانة وضعف العضلة القابضة .

ب ـ أسباب انفعالية ـ نفسية :

في معظم الحالات يعود التبول اللاإرادي إلى عوامل نفسية ، انفعالية ، فقد تظهر هذه المشكلة عند الطفل نتيجة ولادة مولود جديد في الأسرة مما يشعر الطفل بالغيرة نتيجة تركيز الأم عنايتها على الطفل الجديد وإهمالها للطفل السابق ، فيتكون القلق عند هذا الطفل ويمكن أن يبلل ثيابه أو فراشه . ويرى « فرويد » في تفسيره للتبول اللاإرادي على أنه عرض نكوصي يدل على ما يعانيه الطفل من صراع نفسي لم يحل نتيجة ما يدركه من تحول الوالدين عنه إلى العناية بأخيه الأصغر ، ويعتقد أنه مهدد بفقدان حبها له ، مما يؤدي إلى ظهور هذه

المشكلة لديه لجذب انتباههما إليه ، فإذا ما تحقق ذلك استمر في تبليل الفراش ليحصل على مزيدٍ من الاهتمام ورعاية الوالدين(Books ١٩٧٣م ، عن عودة ١٩٨٤ م) .

كما يرى كولب Kolb (١٩٦٨) وكوران وبارترج وستوري Curran, Partridg & Story (١٩٧٢) ، وكذلك Kauffman (١٩٨١) أن التبول اللاإرادي هو عدوان رمزي . فالطفل العدواني يميل إلى التبول اللاإرادي .

ويرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن الطفل الذي يشعر بقسوة البيئة عليه ولا يجد ما يفرحه فيها ، ويغضب منها ، يحقد عليها ويحتقرها ويبول عليها .

كما أن انتقال الطفل من مرحلة إلى أخرى وما تتطلبه تلك المرحلة الجديدة من سلوك يصعب التكيف معه من قبل الطفل مثلاً عندما يذهب الطفل إلى المدرسة لأول مرة مما يؤدي إلى ظهور هذه المشكلة لديه .

كما أن الخوف سواء أكان من الظلام أو الحيوانات المفترسة أو من التهديد ، أو لسماع قصة مزعجة من شأنه أن يؤدي إلى التبول اللاإرادي . بالإضافة إلى ذلك فالعلاقات الأسرية المضطربة التي تهدد أمن الطفل تؤدي إلى هذه الحالة .

ويرى كولب Kolb (١٩٦٨) أن ممارسة العقاب على الطفل يؤدي إلى ظهور هذه الحالة لديه ، حيث يقوم الطفل هنا بسلوك انتقامي من الذين يمارسون العقاب وينفسون عن غضبهم .

وتشير الدراسات أيضاً Kauffman (١٩٨١) إلى أن التبول اللاإرادي عرض لاضطراب في شخصية الطفل ، وتأييد ذلك أن الطفل الذي يبلل فراشه يُعاني من مشاكل نفسية كثيرة منها : مص الأصابع ، وقضم الأظافر ، وأحلام اليقظة ، والشرود الذهني ، والانطواء ، والتأتأة ، والخوف ، والاتكالية . كما وجد بيفرلي « Beverly » أن الآباء يصفون أطفالهم الذين يبللون فراشهم بالعصبية وسرعة الغضب وسرعة البكاء . وفي دراسةٍ أخرى (جودارد ، ١٩٧٧) وجد أن معظم هؤلاء الأطفال منطوون على أنفسهم ، وسلبيون ، ويخافون من اللعب النشط ، ولا يؤدون أي عمل بجدية ، وتحصيلهم الدراسي أقل من مستوى قدراتهم الذهنية .

ويرى البعض ارتباط التبول اللاإرادي بمستوى الذكاء . إذ من المتوقع أن تكون عملية ضبط التبول أكثر بطئاً عند الأطفال المتخلفين عقلياً منها عند الأطفال ذوي المستويات السوية في الذكاء (الريحاني ، ١٩٨١) .

ج ـ أسباب اجتماعية :

تُعتبر الظروف الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل أحد الأسباب الرئيسية المسؤولة عن مشكلة التبول اللاإرادي عند الطفل . فكثرة عدد الأطفال في الأسرة والذي ينجم عنه نقص في تدريب الطفل على ضبط المثانة بشكلٍ مبكر تكرس العوامل النفسية والجسمية والتي تسبب التبول اللاإرادي .

لذا فإن أصحاب نظرية التعلم يرون أن اكتساب عادة التحكم بالمثانة سلوك متعلم والتأخر في اكتسابه يعود إلى أخطاءٍ في التدريب عليه . فالطفل الذي يفشل في ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها إما أن يكون والداه قد أهملا في تدريبه أو علماه بطريقة خاطئة (Kauffman ١٩٨١ م) ، عن (عودة وآخرين ، ١٩٨٤ م) .

ـ كما أن القسوة في المعاملة ، وحرمان الطفل من حنان الوالدين ، وشعوره بعدم الأمان وعدم الثقة فيمن حوله يؤدي إلى التبول اللاإرادي .

ـ كما أن التدليل الزائد لا يقل أثراً من القسوة في المعاملة من قبل الوالدين ، إذ أن ذلك يؤدي إلى نموه متعوّداً على الأخذ دون العطاء ، اتكالياً في كل شيء ولا يستطيع أن يحل صراعاته بنفسه مما يؤدي به إلى النكوص والارتداد والتثبيت .

ـ كما أن إثارة الغيرة والمنافسة بين الأشقاء ، أو بين التلاميذ في الفصل الواحد ينمي عندهم الشعور بالحقد والغضب والإحباط والصّراع والقلق مما يجعلهم مهيئين للتبول اللاإرادي كحيلة دفاعية لحل صراعاتهم أو لإثارة الانتباه إليهم .

ـ ويخطىء الوالدان عندما يعاملان الطفل بقسوة حين تبليل فراشه مما يؤدي إلى تعقيد المشكلة ، ويطيل استمرارها . كما يخطىء الوالدان أيضاً عندما يحيطان هذه العملية بسـريّة تامة ، كأن هذه المشكلة من العيوب المخجلة مما يشعر الطفل بالخجل والذنب والقلق وتتعقد المشكلة أكثر .

- كما أن للخلافات الأسرية دوراً كبيراً في تأخر نسبة كبيرة من الأطفال في ضبط المثانة لديهم . فتهديد الأب للأم بالطلاق ، وتهديد الأم للأب بترك البيت على أسماع الطفل ، يؤدي إلى زعزعة ثقته بنفسه ويتوقع الحرمان في كل حين ، مما يجعله يحس بعدم الأمن والأمان مع الأسرة ، ويشعر بالقلق والصراع ، مما يؤدي به إلى النكوص والتثبيت في عملية ضبط المثانة ، وظهور التبول اللاإرادي عنده .

علاج التبول اللاإرادي :

أولا - العلاج الطبي :

وبعد التأكد من سلامة الطفل جسدياً تُعالج مشكلته على أنها حالة تبول لاإرادي وظيفي ، وذلك باستخدام العلاج النفسي . ومن أهم أساليب العلاج النفسي في حالات التبول اللاإرادي ما يلي :

أ- العلاج بالاستبصار :

يقوم هذا النوع من العلاج على أساس تبصير الطفل بمشكلته وأسبابها وتبصيره بصراعاته النفسية ليتمكن من حل الصراعات ومواجهة الإحباط

علاج التبول اللاإرادي :

لا بد من علاج الطفل الذي يُعاني من التبول اللاإرادي طبياً إذا كانت أسباب مشكلته تتعلق بالناحية العضوية . ومن المتوقع أن يكون تجاوب الطفل مع العلاج الطبي سريعاً إذا كان سبب التبول اللاإرادي عضوياً ، ويكون العلاج الطبي باستخدام الأدوية ، أو اللجوء إلى العمل الجراحي أحياناً . ويذكر كوران وآخرون Curran, et.al. (١٩٧٢) أن استخدام الدواء ضروري في الحالات التي تُعاني من نوم عميق ، كما يمكن استخدام الأدوية المقوية للجهاز السمبثاوي والتي تخفض من النوم العميق مثل « البلادونا » و« اللايثالين » وهذه الأدوية تزيد من قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات كبيرة من البول . كما يمكن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب مثل « التوفرانيل Tofranil والتريبتيزول » ، بكميات تتراوح بين ٢٥ - ٨٥ ملغم يومياً وتكون هذه العقاقير مضادة للأعصاب الباراسمبثاوية ، وتقوي الأعصاب السمبثاوية وتقلل من القلق والاكتئاب الذي يعاني منهما الطفل ، وتساعد على تشكيل الفعل المنعكس الشرطي وهو اليقظة عند امتلاء المثانة بالبول . وفي هذه الحالة لا بد من استمرار العلاج لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر للتأكد من سلامة الفعل المنعكس الشرطي الجديد (عكاشة ، ١٩٧٦) .

والمخاوف بأساليب مباشرة .

كما يعمل المعالج على تنمية ثقة الطفل بنفسه وتحسين علاقاته بنفسه وبالآخرين ، وإلى تنمية دوافعه لاكتساب السلوك المقبول في عمليات الإخراج ، وغرس الثقة بإمكاناته وقدرته على التخلص من هذه المشكلة ، وذلك لضمان استمرار إقباله على العلاج .

ولا يكتفي المعالج بتبصير الطفل بحالته ، بل يعمل على توجيه عناية الوالدين والمحيطين بالطفل من أخوة ومدرسين ، وتبصيرهم بالمشكلة ، واسبابها ومسؤولياتهم في العلاج حتى يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة وبالتقبل ، ويدرك مكانته وكفاءته مما يخفف عنه مشاعر القلق والذنب .

ب ـ العلاج السلوكي :

يُعتبر هذا العلاج من الأساليب الحديثة في علاج التبول اللاإرادي . وتقوم فكرة العلاج السلوكي على أساس أن الطفل قد اكتسب هذه المشكلة نتيجة عدم تدريبه الصحيح على عمليات الإخراج . ويهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية الطفل صاحب المشكلة ، وتدريبه بطريقة صحيحة . وقد ثبت نجاح هذا الأسلوب في علاج كثير من الأطفال ، بجهدٍ قليل ووقتٍ قصير ، ودون أن يكون له آثار جانبية سيئة . وأهم طرق العلاج السلوكي في علاج حالات التبول اللاإرادي ما يلي :

١ ـ التعلم الإجرائي :

وهذه الطريقة ترتبط باسم « سكنر » في التعلم الإجرائي منذ عام « ١٩٥٠ » والتي استخدمت في علاج حالات التبول اللاإرادي . كما سُميت هذه الطريقة طريقة التعزيز الإيجابي ، وتقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك غير المرغوب فيه حتى يتعلم الاستجابة الصحيحة ، وتختفي المشكلة . ومن أهم أساليب التعلم الإجرائي ما يلي :

أ ـ لوحة النجوم Star Chart :

ويكون بالطلب إلى الطفل الاحتفاظ بسجل الأيام المبللة والليالي

الجافة . . . ويتم إبراز الليالي الجافة على اللوحة بوساطة نجوم ذهبية ، وأن يُعطى الطفل مكافأة على الليالي الجافة كأن يقضي الوالد معه فترة إضافية من الوقت عند كل مرحلة من التحسن ، ويقوم الوالدان بالثناء على الطفل . أما بالنسبة إلى الليالي المبللة فيتجاهل الأبوان ذلك .

وقد وُجد أن لوحة النجوم فعالة مع صغار المتبولين لاإرادياً . وفيما يلي نموذج لهذه اللوحة في الشكل رقم (١) :

اسم الطفل : . . . .

الليالي النظيفة			
السبت	*		
الأحد	*		
الاثنين	–		
الثلاثاء	*		
الأربعاء			
الخميس	*		
الجمعة			

شكل رقم (١) : لوحة النجوم .

ب ـ الاحتفاظ بالبول : Relain Urine :

لقد دلت الدراسات على أن عدداً من المتبولين لاإرادياً غير قادرين على الاحتفاظ بكمية طبيعية من البول في المثانة . لذا فإن تدريب الطفل على احتمال كمياتٍ أكبر من البول في المثانة يمكن أن يؤدي إلى زيادة قدرة المثانة على الاستيعاب ، ويكون ذلك إما بتعليم الطفل التحكم بمثانته نهاراً بتحويل الأمر إلى لعبة شيقة ، حيث يستمر الطفل في إطالة فترة تحكمه بالمثانة وتسجيل الكمية التي استطاع الاحتفاظ بها ، أو أن يطلب من الطفل التوقف عن إنزال البول في أثناء عملية التبول ومن ثم يطلقه « Stop and Start » في أثناء النهار عدة مرات مما يؤدي إلى تقوية عضلة المثانة ويساعد على الشفاء .

٢ ـ التعلم الشرطي :

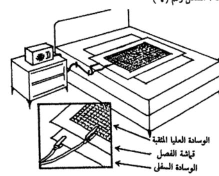
أ ـ طريقة الجرس والوسادة :

بدأ استخدام العلاج السلوكي بالتعلم الشرطي في الثلاثينات من القرن العشرين عندما قام مورر ومور (Mowrer & Mowre) بعلاج حالات التبول اللاإرادي بطريقة الجرس والوسادة . وهذه الطريقة من الطرق الناجحة في علاج هذه الحالات ، فبعد استخدام هذا الأسلوب لمدة شهرين أو ثلاثة ينجح حوالى ٧٠ ٪ من الحالات . أما الحالات الأخرى فإن معاودة استخدام الجهاز مرة أخرى ينهي في العادة الانتكاس .

يتكون الجهاز من وسادة رقيقة خاصة للتدريب تُوضع فوق سرير الطفل وتحت الطفل مباشرة ، بحيث عندما تُبلل ليلاً يغلق دارة كهربائية ، مما يؤدي إلى رن الجرس وإضاءة مصباح ممّا من شأنه إيقاظ الطفل وأخذه إلى الحمام .

وعندما يتعلم الطفل ضبط المثانة بهذه الطريقة تُرفع الوسادة والجرس . وبعد استخدام هذه الطريقة لمدة أربعين سنة تبين نجاحها في علاج ٧٠ ٪ إلى ٩٠ ٪ من حالات التبول اللاإرادي غير الناجم عن أسبابٍ عضوية . وفيما يلي في الشكل رقم (٢) نموذج لهذا الجهاز :

ينام الطفل على وسادة أو وسادات تتصل بجهاز إنذار يُعطي صوتاً مماثلاً للطنين (طنّان). وعندما يتبول الطفل على الوسادة ، فإن البول بذاته يغلق الدارة الكهربائية فيصدر جهاز الإنذار أصواتاً . الشكل رقم (٢)



الشكل رقم (٢) : جهاز الإنذار مثبت على السرير .

ب ـ طريقة إيقاظ الطفل ليلاً :

كما استخدم التعلم الشرطي عن طريق إيقاظ الطفل ليلاً (Night time Awakening) ، وتكون الخطوة الأولى بتحديد الوقت الذي يبلل فيه الطفل عادة فراشه كل ليلة ثم ضبط ساعة منبه بحيث ترن في غرفة الطفل قبل وقت التبول بقليل مما يؤدي إلى إيقاظ الطفل وذهابه إلى المرحاض ، ومن ثم يعاود النوم حتى الصباح . وبعد مرور سبع ليالٍ متتالية بدون تبول على الفراش بهذه الطريقة يتم ضبط المنبه لينطلق بعد مرور ساعة ونصف من ذهابه إلى النوم ثم بعد ٦٠ دقيقة بعد النوم ، ثم تُخفض إلى ٤٥ دقيقة ، وأخيراً بعد ٣٠ دقيقة . وبعدها على الطفل أن يتعود الذهاب إلى المراحاض بدون المنبه كل ليلتين مرة حتى يُلغى استخدامه تدريجياً .

٢- خفض القلق :

قد يكون التبـول اللاإرادي ظهر فجأة من جديد بعد أن يكون الطفل قد

أمضى فترة من الوقت دون أن يتبول في فراشه . وهنا لا بد من البحث عن الحادث الذي أثار قلقه قبل استئناف هذه الحالة مثل : ولادة مولود جديد في الأسرة ، أو الانتقال إلى منطقة جديدة ، أو حدوث شجار عائلي ، أو غياب أحد الوالدين لفترة طويلة . وهنا لا بد من العمل على خفض القلق بتوجيه مزيد من العناية والرعاية والدعم والتفهم للطفل ، وتوفير جو من الأمن والطمأنينة في حياة الطفل حتى تزول أسباب القلق .

ولا بأس من الجلوس مدة « ١٠ ـ ١٥ » دقيقة والحديث مع الطفل حديثاً يبعث على الاطمئنان والارتياح ، مما يجعله ينام وهو في حالة استرخاء . ومن الممكن أيضاً قضاء وقت أطول معه في أثناء النهار في نشاطات ممتعة ، ومن خلال هذا الوقت يمكن الكشف عن جوانب الصراع والتوتر اللذين يُعاني منهما الطفل والعمل على حلها أيضاً .

٤ ـ فرض عقاب على الطفل :

يقوم بعض الآباء بالطلب من الطفل في سن المدرسة والذي لم يتخلص من التبول اللاإرادي ليلاً أن يقوم بتغيير الشراشف المبللة ، ووضعها في الغسالة دون توبيخ الطفل أو تأنيبه وإشعاره بالذنب .

٥ ـ استبعاد السوائل :

لا بد من استبعاد السوائل مثل : اللبن والماء والعصير وماء الشعير من طعام الطفل بعد الساعة الخامسة مساء ، والذهاب إلى الحمام قبل النوم وبعد الاستيقاظ مباشرة .

رابعاً : التبرز اللاإرادي Soiling :

يُعرف التبرز اللاإرادي على أنه تبرز الطفل في ملابسه بشكل مستمر بعد أن يكون قد تجاوز الثالثة من عمره . ويكثر ظهور هذه الظاهرة ما بين عمر ٣ إلى ٨ سنوات ، وبالرغم من أن التبرز اللاإرادي أقل انتشاراً من التبول اللاإرادي ، إلا أنه ليس نادر الحدوث إذ ينتشر بين أطفال سن الثامنة بنسبة ٢,٣ ٪ للذكور و٧ ٪ للإناث . وهذه النسبة تعادل تقريباً ثلث معدل انتشار التبول اللاإرادي تقريباً . ويتناقص حدوث التبرز اللاإرادي بشكل تلقائي بمعدل ٢٨ ٪ سنوياً

ويختفي تماماً في سن السادسة عشرة .

لذا فإن التنبؤ بمصير حالة التبرز اللاإرادي على المدى البعيد ممكن ، بالرغم من أن الحالة قد تستمر لمدة سنتين أو ثلاث قبل أن تنتهي . ومن خلال المعالجة يمكن أن تتحسن الحالات خلال بضعة أسابيع وتختفي بعد شهرين إلى ثلاثة أشهر .

والتبرز اللاإرادي نادر بين المراهقين وصغار الراشدين باستثناء الأشخاص الذهانيين أو المتخلفين عقلياً تخلفاً شديداً .

ويتبرز معظم الأطفال المصابين بهذه العادة بعد عودتهم من المدرسة إلى البيت في فترة ما بعد الظهر وخاصة خلال فترات التوتر أو الإثارة . والتبرز اللاإرادي نادراً ما يكون نتيجة إخراج الأطفال للبراز بشكل متعمد ، بل يكون في معظم الأحيان نتيجة الاحتفاظ بالبراز لمدة طويلة مما يسبب امتلاء الأمعاء وانتفاخها ويجعل الإخراج غير منتظم ، وتكون كمية البراز كبيرة وجافة ويكون خروجها مؤلماً .

وبشكل عام فإن الأطفال الذين يتبرزون لاإرادياً لا يعون حاجتهم الطبيعية إلى الإخراج بسبب الإمساك الشديد ، كما أن الكثير من الآباء لا يعرفون أن أطفالهم يعانون من الإمساك ، وقد يعطى الكثير من هؤلاء الأطفال علاجات ضد الإسهال بسبب تسرب المواد المخاطية والبراز نتيجة امتلاء أمعائهم .

والتبرز المستمر « Continuous » يعني أن الطفل لم ينجح أبداً في السيطرة على حركة أمعائه لأي فترة زمنية . أما التبرز المتقطع « Discontinuous » فيعني أن الطفل كان قادراً على التحكم إلا أنه فقد هذه القدرة فيما بعد وعاد إلى التبرز . فالتوتر الناتج عن مصدر خارجي مثل بدء الذهاب إلى المدرسة يمكن أن يسبب نكوصاً في قدرة الطفل على السيطرة على حركة أمعائه . وللتبرز اللاإرادي آثار خطيرة على أولئك الذين يعانون منه ، فالطفل الذي يتبرز لاإرادياً غالباً ما يتدنى مفهوم الذات لديه بشكل متزايد ، وقد يدافع ضد فقدانه احترام الذات وتبني اتجاه « أنا لا يهمني » « I do not care attitude » . كما أن العلاقات الاجتماعية للطفل المتبرز لاإرادياً غالباً ما تتأثر بشكل حاد ، فقد يصبح الطفل عرضة لسخرية رفاقه . وإذا عدنا إلى مرحلة الطفولة المبكرة فإن الطفل عندما يذهب إلى

المرحاض يكون لديه شعور وكأنه يريد أن يتخلى عن شيء خاص به ، وأن تفريغ الأمعاء يتخذ صفة الملكية بالإضافة إلى المجهود الذي يبذله حتى يقوم بذلك .

لذا فإن هذه المشكلة لا يمكن تجاهلها ولا بد من البحث عن الأسباب الكامنة وراءها ، ومن ثم تلمس سبل علاجها .

الأسباب :

١ ـ قد يكون للتوتر الشديد والاضطراب الانفعالي عند الطفل أثر في عدم قدرته السيطرة على حركة أمعائه . ومن الشائع اعتبار التدريب القاسي على ضبط الإخراج هو السبب . وقد يكون التبرز اللاإرادي تعبيراً عدوانياً من قبل الطفل تجاه أمه .

٢ ـ وقد وجدت دراسات بلمان Bellman (١٩٦٦) أن عدداً كبيراً من آباء الأطفال المتبرزين لاإرادياً كانوا هم أنفسهم متبرزين لاإرادياً مما يؤكد ولو جزئياً وجود عامل وراثي وراء ذلك .

٣ ـ وهناك أسباب عضوية ناجمة عن الإمساك بسبب انتفاخ الأمعاء بالبراز بشكل مزمن خاصة بعد زوال الأسباب النفسية ، حيث تستمر الحالة العضوية عند الطفل لأن القولون السفلي يكون قد أصبح عاطلاً عن العمل حيث يكون قد فقد شكله وقوام عضلاته ولم يعد يستجيب لوجود البراز داخله فيحث الجسم على التغوط .

وأكدت الدراسات أن حوالى ربع الأطفال المصابين بهذه الحالة لديهم مشكلة إمساك مزمن . كما أن إصابة المراكز الخاصة بالحبل الشوكي أو المخ تؤدي إلى التبرز اللاإرادي .

الوقاية والعلاج :

أ ـ لا بد من مساعدة الأطفال الذين يتجاهلون الرغبة في التبرز « Call to Stool » على اعتياد الذهاب إلى المرحاض في أوقات منتظمة خلال النهار ، وتُعتبر فترة ما بعد الإفطار مباشرة وقتاً مناسباً . وبهذا لا بد من إيقاظ الطفل مبكراً قليلاً صباحاً ليتاح له وقت كافٍ للاستعداد للذهاب إلى المدرسة . وعلى الأبوين الإصرار على اتباع روتين معين يقتضي ذهاب الطفل إلى المرحاض

مرتين يومياً بمعدل عشر دقائق في كل مرة أو أن يكون ذلك في أوقات محددة يمكن ضبطها باستخدام ساعة منبه .

وقد أثبتت الدراسات أنه من الصعب تدريب الطفل الصغير على ضبط مركز التبرز قبل سن السنتين. فالطفل قبل هذه السن لا يكون قادراً على التعبير عن احتياجاته بشكلٍ واضح ، كما أن نضج عضلات جهاز الإخراج لا تمكنه من السيطرة على عملية الإخراج قبل هذه السن .

ب ـ كما أنه من الضروري تقديم الطعام في أوقاتٍ منتظمة ، وأن تكون هذه الأوقات أوقات استرخاء بعيدة عن التوتر والشجار .

ج ـ ومن أجل حماية الطفل من الإمساك ، فإن نظام التغذية العادي والذي يضم أطعمة منتقاة من المجموعات الغذائية الأربع الأساسية (لحوم ، أسماك ، بيض ، خبز ، وحليب ومنتجات الألبان ، وخضار وفواكه) ، وأخذ كمية من السعرات تتناسب مع ما يبذله الطفل من طاقة يكون مناسباً . ولا بد من إنقاص ما يأكله الطفل من الخبز والمعجنات إلى حده الأدنى . وأن تقتصر كمية الحليب في غذاء الطفل على كوبٍ واحد يومياً وذلك لما للحليب من تأثير قابض . فقد وُجد أن أربعة من كل خمسة أطفال متبرزين لاإرادياً يعانُون من الإمساك . لذا لا بد من تنظيف الأمعاء من البراز المتخزن بحيث يُستعاد الإحساس بالحاجة الطبيعية إلى التبرّز . كما يمكن إعطاء الطفل حقنة شرجية أو اثنتين من نوع « Fleet » وهي متوفرة في الصيدليات من أجل تفريغ القولون تماماً من البراز . كما يمكن أيضاً إعطاء بعض العقاقير المقوية للعضلات العاصرة في الشرج .

د ـ كما ينصح بالإكثار من السوائل ، وتجنب التدريب القاسي على ضبط عملية التبرز ، وتجنب الاتجاه الذي يعتبر البراز شيئاً يثير الاشمئزاز .

هـ ـ ويفيد في هذه الحالة التعزيز والجزاء « Rewards and Penalties » وخاصة مع الأطفال الصغار ، حيث يتم الاحتفاظ بلوحة نجوم تسجل عليها كل محاولة كاملة للخروج إلى المرحاض (وتُعطى نجمة إضافية لكل مرةٍ ينجح فيها الطفل بالتغوط ، ولكل مرة لا يحدث فيها تبرز لاإرادي) ، ثم تستبدل النجوم بامتيازاتٍ خاصة أو مكافآتٍ مادية مثل : قضاء الطفل نصف ساعة إضافية مع أحد الوالدين بحيث يقومان بنشاطٍ يختاره الطفل ، كما يفرض

على الطفل جزاء في كل مرة يحدث فيها تبرز لاإرادي مثل أن يقوم بغسل الملابس التي تبرز فيها أو أن يستحم . ولكن يجب على الأم أن تتجنب القسوة الزائدة أو اللين المفرط في تعويد الطفل ضبط عملية الإخراج ، حيث أن القسوة الزائدة تؤدي مستقبلاً إلى اضطرابات سلوكية (قلق ، سلوك قهري . . .) ، كما أن اللين المفرط يؤدي إلى التثبيت عند مرحلة التلذذ بالعمليات الإخراجية .

و- الدعم والتشجيع : لا بد من تعريف الطفل أن مشكلته ليست فريدة ، وألا يقوم الوالدان بلوم الطفل أو لوم أنفسهم على المشكلة ، بل لا بد أن يتعاونوا مع الطفل لإصلاح الخطإ ، وأن يتم التركيز على المديح الأبوي للطفل عند قيامه بالإخراج المناسب ، وألا يقوم الوالدان بتوبيخ الطفل والصراخ عليه أو السخرية منه أو تحقيره .

كما يجب الاهتمام بأن لا يُوضع الطفل في دور « الصغير» في الأسرة ، حيث يصبح السلوك النكوصي مثل التبرز اللاإرادي متوقعاً . ولا بد للأبوين من تحديد المصدر الأساسي الذي يسبب للطفل التوتر ، وأن يعملا على خفضه مثل الشجار العائلي أو تنافس الأشقاء .

خامساً : الشعور بالغيرة Jealousy :

مفهوم الغيرة ومظاهرها :

تُعتبر الغيرة من المشكلات السلوكية الشائعة عند الأطفال ، تظهر على شكل انفعالٍ يُعبر عن مدى حساسية الطفل للعلاقة العاطفية بينه وبين والديه ، والتي تظهر في سلوكه على شكل فعلٍ يعبر عن شعوره المؤلم الداخلي .

فالغيرة إذاً هي عبارة عن انفعال ينشأ من الإحباط ، ومن القلق الناتج عن شعور الطفل بتناقص اهتمام ومحبة الوالدين نتيجة ولادة مولودٍ جديد للأسرة ، أو شعوره بخيبة الأمل في الحصول على رغباته ، أو الشعور بالنقص بسبب الإخفاق أو الفشل . فالغيرة هنا مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالسلوك الاتكالي عند الطفل .

والغيرة عند الطفل تعني إصراره على التمسك بما كان قد تعرف عليه واعتبره

ملكاً له ، ولهذا يخاف من فقدان هذا الشيء مما يولّد لديه الشعور بالتهديد والصراع .

فالغيرة إذاً انفعال مُركّب يجمع بين حب التملك والشعور بالخوف والغضب والحقد ، والشعور بالنقص . فقد تظهر هذه الغيرة على شكل عدوان على الأخ أو الأخت الأصغر ، أو على شكل عدوان على الذات ، أو عدوان على ممتلكات الأسرة أو ممتلكاته الخاصة .

من جهةٍ أخرى يصاحب الشعور بالغيرة النكوص إلى مرحلة سابقة (كالتبول ، مص الأصابع . . .) ، أو الشعور بالخجل أو شدة الحساسية ، أو الشعور بالعجز والنقص ، أو فقدان الشهية للطعام ، أو الانسحاب من الناس عامة .

ولهذا قد يلجأ الوالدان إلى القسوة في التعامل مع الطفل الذي يشعر بالغيرة ، وقد يسخران منه أو يعرضانه للنقد ، أو يحقرانه ، أو يلجآن إلى العقاب البدني لترك هذه العادة . وإذا استمر الطفل في هذه الحالة ، ولم يجد ما يعوضه عن ذلك ، فقد يلجأ إلى أساليب تكيفية غير سوية . فقد تظهر عنده بعض الاضطرابات السيكوسوماتية كالاضطرابات المعدية ، وحالات القيء العصبي ، والعزوف عن الطعام ، والاكتئاب مما ينجم عن ذلك أضرار كبيرة بالصحة النفسية والصحة الجسمية لدى الطفل وتؤدي إلى شعوره بالعجز والنقص ، وبفقد ثقته بمن حوله وبنفسه ، ويشعر بأنّ الآخرين يتآمرون ضده مما يسيء لعلاقته بالآخرين . ولكن يجب التأكيد بأن الغيرة ليست في كل مظاهرها دليلاً على الخطر ، فهي ضمن حدودٍ معينة حالة طبيعية ، تعبر عن الشعور بفقدان واقعي أو متخيل لشيء يهدد أمن الطفل ، وتزول الغيرة بزوال هذا الشعور . أمّا إذا كانت الغيرة شديدة ومتطرفة فإنها تؤثر في توافق الطفل حاضراً ومستقبلاً . فالطفل الغيور لا يشعر بالسعادة أبداً ، ولا يستقر على حال ، فهو يشعر بالحزن ، والألم ، والكره ، والحقد تجاه الآخرين عندما يصيبهم الخير .

والغيرة كحالة انفعالية تكاد تكون عامة بين جميع الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (الست سنوات الأولى من عمر الطفل) ، حيث تظهر في مرحلة الرضاعة ، وذلك عندما يداعب آباء الطفل طفلاً آخر غريباً ، ويظهران نحوه

بعض مشاعر الحنو والاهتمام ويقومان بحمله ، حيث تظهر الغيرة لدى الرضيع على شكل شد الطفل الآخر بشعره أو ضربه أو بكائه . ولكن قمة الشعور بالغيرة تظهر عند الطفل فيما بين ٣ ـ ٤ سنوات حيث أنّ هذا السن يتزامن مع مرحلة شعور الطفل بالتمركز حول الذات .

أمّا عندما يبلغ الطفل سن العاشرة من العمر فيعبر عن غيرته بالوشاية وإيقاع الأذى بالآخرين ، إذ كلما زاد عمر الطفل كلّما تعلّم كيف يخفي مظاهر الغيرة ويستبدلها بمظاهر أخرى تعبر نفسياً عن الغيرة .

ويرى معوض(١٩٨٣) أنّ الغيرة يمكن أن يعبر عنها من خلال المظاهر التالية :

- **الغضب** : حيث يظهر على شكل شتائم ومضايقات وتدمير وتخريب وعصيان نتيجة الشعور بالإحباط .
- **ميل إلى الصمت** : ويبدو على شكل انطواء وخجل وسلبية ، وفقدان لشهية الطعام والنكوص لمراحل طفلية مبكرة وغيرها من مشاعر النقص .
- **مظاهر جسمية** : وتظهر على شكل صداع ، والشعور بالتعب ، والتمارض وكل ذلك من أجل جذب انتباه الآخرين .
- **مظاهر نفسية** : كالحزن واليأس ، والبكاء المتكرر ، والتبول اللاإرادي ، ومص الأصابع ، وقضم الأظافر ، والعودة إلى لغة الأطفال الصغار محاولةً منه لكسب عطف الآخرين .
- **الميل إلى التحايل** وذلك لحصول الطفل على ما فقده ، مثل تقبيل المولود الجديد للاحتفاظ بمركزه عند أمه .

وتبين الدراسات (انظر العيسوي ، ١٩٩٠) أنّ نسبة الشعور بالغيرة عند الإناث أكثر منها عندالذكور، وكذلك عند الأذكياء أكثر منها عند قليلي الذكاء .

كما وُجد أيضاً أنّ الغيرة تظهر أكثر عند الأطفال عندما لا يوجد بينهم فارق كبير في السن ، وكذلك فإن الطفل الكبير أكثر غيرة من غيره من الأطفال الذين وُلدوا بعده ، حيث كان الطفل الأكبر محط أنظار الآخرين في الأسرة . كما أنّ الطفل الوحيد الذي يحتل مركزاً هاماً في الأسرة قد يظهر لديه الشعور بالغيرة أكثر

من الأطفال الآخرين عندما تتناقص الامتيازات التي كان يتمتع بها لمجرد ولادة طفل آخر مؤخراً ، خاصة عندما يقوم الآباء بمقارنة الطفل الأصغر بالأكبر وإظهار محاسنه أو الإغداق عليه بالهدايا وإهمال الطفل الأكبر .

والجدير ذكره أنه لا بد من التمييز بين الشعور بالغيرة ، والمنافسة ، والحسد . فالمنافسة سلوك إيجابي يدفع إلى التفوق وبذل الجهد لتحقيق مزيد من النجاح . أمّا الحسد فهو يكون على شكل تمني زوال الخير من الشخص الآخر نتيجة امتلاكه لشيء ما وعدم امتلاكه هو لهذا الشيء . أمّا الغيرة فهي شعور الطفل بحقه في حيازة شيء معين ، والخوف والقلق من فقدان هذا الحق وأن يمتلكه طفل آخر .

أسباب الغيرة :

تتعدد أسباب الغيرة وتختلف وفقاً لمراحل النمو التي يمر بها الطفل ، ويمكن اعتبار الكبار مسؤولين عن وجود الغيرة عند الطفل ، وذلك من خلال العديد من الممارسات الخاطئة التي يقومون بها بقصد أو بدون قصد . وأهم هذه الأسباب ما يلي :

- **ميلاد طفل جديد للأسرة** : مما يجعل الوالدين يحولان انتباههما من الطفل الأول إلى الطفل الثاني . وهذا ما يجعل الطفل الأول يشعر بالغيرة من المولود الجديد الذي سلب الطفل الأكبر الكثير من الامتيازات ، وسلبه اهتمام ورعاية الوالدين وحبهما له مما يجعله يشعر بالتهديد ، وعدم الثقة بمن حوله وقد يلجأ إلى الاعتداء على من كان السبب (المولود الجديد) .
- وقد يشعر الطفل بالغيرة من أحد والديه كما هو في حالة عقدة أوديب وعقدة إلكترا . فقد تظهر الأم مثلاً عناية زائدة بالأب ، أو قد يشاهد ما يدور بينهما من علاقات عاطفية وجنسية مما يجعله يشعر بالقلق على نفسه ومدى فقدان حب أمه ورعايتها له .
- **التمييز في المعاملة** : فقد يشعر الطفل بالغيرة نتيجة لشعوره بأنّ الوالدين يميزان أحد أخوته عليه وذلك بسبب ذكائه أو جماله أو غير ذلك من المميزات ومحاولتهما إبراز هذه الفروق أمام الآخرين من الأصدقاء والجيران وغيرهم ، وإشعار الأطفال بأنّ ذلك مهم ، مما يؤدي إلى شعور الطفل بالغيرة والحقد

والكراهية ويتحين الفرصة للانتقام من الطفل المميز ، ومن الوالدين في آنٍ واحد . أو قد يلجأ إلى كبت مشاعر الغيرة في نفسه مما يسبب له مشكلات نفسية أكثر تعقيداً . كما أنّ تمييز الوالدين للذكور عن الإناث مثلاً يولّد لدى الذكور الغرور ، ويثير الغيرة عند الإناث وقد تكون هذه الغيرة ظاهرة وتكون على شكل بكاءٍ وشتم وتوبيخ أو غير ذلك . وقد تكبت الغيرة عند الإناث لتظهر في حياتهن مستقبلاً وتكون على شكل كراهية عامة لكل الرجال ، وعدم الثقة بهم .

من جهةٍ أخرى يخطىء الآباء حين يغدقون بالامتيازات على الطفل العليل كإحضار اللعب ، والحلوى ، والملابس وغير ذلك دون إعطاء الأخوة الآخرين مثل ذلك ، مما يجعل هؤلاء يميلونَ إلى التمارض والنكوص ، وكراهية الطفل العليل وغير ذلك من سلوكٍ قد يكون ظاهراً أو مستتراً .

- **سوء معاملة الوالدين للطفل وقسوتهما عليه :** فالقسوة في معاملة الطفل وشعوره بأنّه مهمل ومنبوذ ، أو عقابه بالضرب ، أو اللجوء إلى إذلال الطفل من خلال تحقيره أو معايرته يؤدي إلى الشعور بالنقص والعجز وعدم القدرة على إثبات الذات كإخوته الذين لا ينالون المعاملة نفسها .

- **الغيرة عند الطفل الوحيد :** ينشأ الطفل الوحيد بين أبوين دون أن يكون له أخوة يشاطرونه امتيازاته . وهذا الطفل يكون محاطاً بكل ضروب العناية والرعاية ، ويستحوذ على اهتمام الوالدين ، فهو مركز اهتمام الأسرة ، ويكون في الغالب أنانياً متعوداً على الأخذ دون عطاء . فإذا خرج هذا الطفل ليلعب مع رفاقه ، فإنّه يصطدم معهم لأنهم لا يسمحون له بأن يأخذ كل شيء دون أن يعطي ، ولا يسمحون له بالاعتداء دون أن يُعتدى عليه مما يجعله يصطدم بالواقع ويشعر بالخيبة ، ويشعر أيضاً بأنّ الناس يعادونه ويتآمرون عليه ، وقد يستمر هذا الشعور حتى في كبره بعد أن يتزوج ويكوّن أسرة مما يخلق لدية مشكلات مع أولاده وزوجته وحتى في مهنته .

والشعور بالغيرة التي يشعر بها الطفل الوحيد عند خروجه للمدرسة أو الحياة أقسى وأشدّ من الغيرة التي يشعر بها في إطار أسرته ، حيث تنعدم لديه الامتيازات الخاصة التي كان يستأثر بها في أثناء طفولته من والديه .

ـ **الفشل أو التقصير في الدراسة** : فالطفل الراسب يحاول التعبير عن غيرته بإلصاق التهم بالأطفال الناجحين وإذاعة الشائعات عنهم ليقلل من شأنهم أمام الآخرين .

ـ **الشعور بالنقص** : إنّ أشدّ أنواع الغيرة عند الصغار والكبار هو الشعور بالنقص ، والذي يترافق أحياناً مع عدم القدرة على التغلب عليه . كنقص في الجمال أو نقص في القدرات الجسمية أو الحسية أو العقلية . فالأطفال المعرضون للغيرة يكونون ضعيفي الثقة بأنفسهم نتيجة الشعور بالنقص .

الوقاية والعلاج من الغيرة :

إنّ العمل على وقاية الطفل من الغيرة واجب على الوالدين بالدرجة الأولى ، وعلى المدرسين والمحيطين بالطفل بالدرجة الثانية ، حيث أنّ الشعور بالغيرة أمر خطير يؤثر على شخصية الطفل من جميع جوانبها في طفولته ، وتسبب له سوء التوافق النفسي والاجتماعي عندما يكبر أيضاً . ونظراً لهذا التأثير البالغ الخطورة فلا بد من العمل على وقاية الطفل من هذا الشعور ، وعلاج الغيرة في حالة وجودها . وأهم سبل الوقاية والعلاج ما يأتي :

ـ العمل على تهيئة الطفل نفسياً على استقبال وتقبل الطفل الجديد وذلك من خلال مصارحته بأنّه سيكون له أخ أو أخت حتى لا يصطدم بهذا الحدث بشكل فجائي ، وأن يتحدثا عن المولود الجديد بالخير وبما سيعود على الطفل أيضاً بالخير نتيجة المولود الجديد ، حيث أنّ المولود الجديد سوف يلعب معه ويسعده ، وسوف يشتركان في الألعاب والهدايا ، وأنّ هذا المولود سوف لا يحدث أي ضرر بالطفل ، ولا ينتزع منه أي امتيازات .

كما يجب على الوالدين أن يشعرا الطفل بمسؤوليته نحو أخيه الصغير الذي يجب عليه أن يرعاه ويقدم له الألعاب والحلوى وغير ذلك . ومن المستحسن أن يعمل الوالدان على قضاء وقتٍ كل يوم مع الطفل الأكبر لكي يطمئن على محبه ومودة الوالدين له .

ـ عدم التمييز في المعاملة بين الأبناء ، نتيجة للجنس أو للجمال ، أو للذكاء أو غير ذلك من الميزات مما يلحق الغرور بصاحب الامتياز ، والغيرة عند الأطفال الأقل تميزاً مما يؤدي إلى الغضب والعدوان وغير ذلك من مظاهر .

- عدم اللجوء إلى موازنة أو مقارنة الأطفال بعضهم ببعض واعتبار كل طفل شخصية مستقلة لها امتيازاتها واستعداداتها الخاصة . فالموازنة بين الأخوة ، والموازنة بين التلاميذ يولّد لدى الطفل الشعور بالذل والشعور بالنقص . فالأفضل من ذلك هو موازنة الطفل بنفسه في مواقف مختلفة مع التشجيع مما يثير لديه الدافعية إلى التحسّن وكسب الكثير من الامتيازات .

- بالإضافة إلى ذلك فلا بد من الابتعاد عن مواقف المنافسة الشديدة التي تولّد الشعور بالغيرة وتعويد الطفل على تقبل التفوق وتقبل الهزيمة دون الشعور بالغيرة التي تفقده الثقة بالنفس .

- الابتعاد عن إبراز عيوب الطفل وأخطائه أمام الآخرين أو السخرية منه ، بالإضافة إلى الامتناع عن امتداح باقي الأخوة أو بعضهم لأن ذلك يشعر الطفل بالغيرة والحقد على أخوته الممتدحين ، ويشعرهم بالغرور والعظمة مما ينعكس سلباً على كلا الطرفين . والأفضل من ذلك إشعار الأطفال جميعاً في الأسرة بالمساواة والعدل دون انتقاص من حق أحدهم على حساب الآخر .

- اعتدال الآباء في اهتمامهم بمشاعر الغيرة عند الطفل : ولهذا يجب عدم الاستخفاف بغيرة الطفل والسخرية منه وبتصرفاته ، بل لا بد للآباء من إظهار العطف والحنان وإشعار الطفل بأنّه لا يزال موضع حب ورعاية من قبل والديه .

من جهة أخرى فلا يجوز المبالغة في القلق نتيجة ظهور الغيرة عند الطفل لأنّ ذلك سيؤدي إلى زيادتها . فالحكمة دائماً تستوجب الاعتدال .

بالإضافة إلى ذلك يجب على الوالدين الاهتمام بالطفل الذي لا تظهر عنده مشاعر الغيرة إطلاقاً ، إذ من المحتمل أن يكبت الطفل مشاعر الغيرة ، ويتظاهر بمظهر الرضا وعدم الاكتراث . فالغيرة المكبوتة أشد خطراً وأثراً في الشخصية من الغيرة الصريحة ، حيث أنّ مثل هذه الغيرة تثير القلق والتأثر عند الطفل وتسبب سوءاً في تكيفه .

- عدم الإسراف في رعاية الطفل المريض والإغداق عليه بالهدايا والنقود والامتيازات لأنّ ذلك يثير الغيرة عند أخوته ويجعلهم يلجأون إلى التمارض وحيل أخرى للحصول على مثل هذه الامتيازات .

- تعويد الآباء والمربين الأطفال منذ الصغر على التخلص من مشاعر الأنانية والتمركز حول الذات ، والأخذ والعطاء ، والتعاون والمشاركة ، مما يخفف عندهم الشعور بالنقص ، ويزيد من ثقتهم بأنفسهم ، ويزيد من تقديرهم للجماعة وتقدير الجماعة لهم .
- العمل على تنوّع الأنشطة التي يمكن للطفل أن يمارسها ويفضلها ضمن إطار قدراته وإمكاناته مما يشعره بالارتياح والسعادة في ممارستها ويحقق النجاح الذي يولّد المزيد من الثقة بالنفس .
- أن يعمل الوالدان على جعل فاصل زمني معقول بين الطفل والطفل الآخر . وهذا الفاصل يجب ألاّ يكون قصيراً حتى لا يشعر الطفل بالغيرة ، وأنّ اهتمام ورعاية الوالدين قد توجها إلى المولود الجديد مما يولّد لديه الشعور بالوحدة أو العزلة . كما أنّ هذا الفاصل الزمني يجب ألاّ يكون طويلاً حتى لا يشعر الطفل بفقد الامتيازات التي تعود لفترةٍ طويلة حيازتها .
- تنمية علاقة الطفل بالأطفال الآخرين ، مما يخرجه من دائرة التمركز حول الذات ، وتعويده على الأخذ والعطاء في إطار موضوعي قائم على العدل والمساواة دون تمييز .
- تعويد الطفل على المنافسة الشريفة البعيدة عن الحسد ، وتعويده على تقبل التفوق والنجاح ، بالإضافة إلى تقبل الخسارة والفشل ، بحيث يقوم ببذل الجهد المناسب لتحقيق النجاح دون اللجوء إلى العدوان والغيرة والحسد في حالة الخسارة والفشل .
- تقبل وفهم بعض مشاعر الغيرة التي تظهر عند الطفل عندما تكون في الحدود الطبيعية(الكلام مثلاً) والحد من المشاعر العدوانية المباشرة على مصدر الغيرة .
- العمل على إشباع الحاجات الأساسية عند الطفل ، وعدم الانتقاص منها بسبب ولادة طفلٍ جديد ، أو عدم تميزه في بعض الميزات الموجودة عند إخوته .

الفصل السادس :

المشكلات النفسحركية (النفسية - الحركية) عند الأطفال

أولاً : اضطرابات الكلام .
ثانياً : مص الأصابع .
ثالثاً : قضم الأظافر .
رابعاً : اللازمات العصبية أو التقلص اللاإرادي في العضلات .
خامساً : النشاط الزائد .



الفصل السادس

المشكلات النفسحركية عند الأطفال

أولاً : اضطرابات الكلام

طبيعة مشكلة اضطراب الكلام :

يُعتبر الكلام من أهم وسائل الاتصال الاجتماعي، فهو يُعبّر عن نشاطٍ اجتماعي يصدر عن الفرد ، وتدخل فيه عدة توافقات عصبية دقيقة مركبة يشترك في أدائها مركز الكلام في المخ الذي يسيطر على الأعصاب وهذه تقوم بتحريك العضلات التي تقوم بإخراج الصوت . كذلك تشترك الرئتان والحجاب الحاجز ، إذ تقوم الرئتان بتعبئة الهواء وتنظيم اندفاعه ، وبمرور الهواء على الأوتار الصوتية وداخل الحنجرة والفم والتجويف الأنفي تحدث تشكيلات مختلفة من الأصوات .

وقد يُلاحظ عند الفرد اضطراب في الكلام والذي يبدأ أحياناً لدى الطفل في سن مبكرة ،وقد يختفي هذا الاضطراب مع نمو الطفل أحياناً ، ولكن في أحيانٍ أخرى تستمر لدى البعض هذه الاضطرابات على الرغم من نموهم في العمر ، وقد يتطور عند البعض الآخر إلى مرضٍ يستدعي تدخلاً طبياً وليس نفسياً فقط .

ويرى فهمي (١٩٧٥) أنَّ الطفل المصاب قد تظهر عليه أعراض لأمراضٍ جسمية ونفسية أخرى مثلاً : ظاهرة تحريك اليدين ، أو القدمين ، أو الكتفين ، أو الضغط على الأسنان ، أو ركل الأرض أو الضغط عليها .

كما قد يُعاني المصاب باضطراب الكلام عادة من أمراض نفسية مثل القلق ، والشعور بعدم التقبل الاجتماعي وعدم الثقة بالنفس ، والشعور بالخجل ، والشعور بالنقص مما يولِّد شعوراً بحب العزلة والانزواء وحده ، والخجل والانطواء المصحوب بالتوتر النفسي . ولكن هناك من حالات المصاب باضطراب الكلام التي تصمد أمام التحدي المرضي والنظرة الاجتماعية وتولِّد لدى الطفل الدافع لبذل مزيدٍ من الجهد وبممارسة التحدي حتى يصبح متفوقاً

على زملائه .

واضطرابات الكلام عديدة منها تأخر الطفل في الكلام ، أو صعوبة إخراج مقاطع الكلمات أو بعض الحروف ، أو عدم تطور تحصيل الطفل من الكلام ، واحتباس الكلام أو التأتأة أو اللجلجة .

وسوف نتحدث عن التأتأة لأنّها أكثر مشكلات الكلام حدوثاً .

التأتأة أو اللجلجةStutter or Stammer :

وهي عبارة عن اضطراباتٍ كلامية تتجلى على شكل تقلص الكلام مصحوب بتكرارٍ غير مرغوب ، ووقفات في مجرى الكلام ، وتكون إمّا على شكل ترددي « Clonic » أو تشنجي « Tonic » ، وتحدث في سنوات بداية التكلم ، وقد تستمر حتى مرحلة البلوغ .

وتدل الدراسات أن حوالي ١٫ و٫٠ من الناس المصابين بالتأتأة نصفهم من الأطفال (منصور ، ١٩٨١ م) .

والتأتأة تكون عادة في سن الثالثة أو الرابعة من العمر وذلك في أثناء اكتساب الطفل للكلام أو في سن الخامسة عند دخوله المدرسة الابتدائية ، حيث تكون هناك منافسة بينه وبين زملائه ، وأحياناً تحدث في سن المراهقة خاصة عند الحديث مع الجنس الآخر (عكاشة ، ١٩٧٦ م) .

كما تدلّ الدراسات الحديثة أنّ بعض أشكال التأتأة في الكلام يكون شائعاً بين صغار السن من الأطفال ويدعى « بالتأتأة التطورية » ، وتظهر عادة ما بين سن الثانية والرابعة من العمر ، وتستمر إلى بضعة أشهر فقط ، أمّا التأتأة المعتدلة فتبدأ في عمر ٦ ـ ٨ سنوات وقد تستمر لمدة سنتين أو ثلاث سنوات .

أمّا التأتأة الدائمة فتبدأ ما بين سن الثالثة والثامنة من العمر ، وتستمر إلاّ إذا عولجت بأسلوبٍ فعال .

وتُعتبر التأتأة التي تظهر بعد سن الخامسة أكثر خطورة من التأتأة التي تظهر في سنٍ أبكر .

ومن الواضح أنّ التأتأة تظهر في معظم الأحيان ما بين الثانية والخامسة من

العمر ، فهناك حوالى ٤٪ من مجموع أطفال هذه الفئة العمرية يعانون من التأتأة ، ومع وصول سن المدرسة الابتدائية نجد أن ١ ٪ ـ ٣ ٪ تقريباً من الأطفال يتلعثمون ، وهناك إحصائية تشير إلى أنّ ٧٥ ٪ من أطفال سن العاشرة الذين يتلعثمون يستمرون في تلعثمهم مدى الحياة .

كما تشير الإحصاءات إلى أنّ ٨٠ ٪ من المتلعثمين في مرحلة الطفولة لا يتلعثمون وهم راشدون ، إلاّ أنّ الكثيرين منهم تتطور لديهم مشكلات شخصية مثل الخجل والانسحاب والافتقار إلى الثقة بالنفس بسبب خبرتهم السابقة .

كما أشارت تلك الإحصاءات إلى أنّ « ٥٠ ٪ » من الأطفال الذين يتلعثمون بشدة يستمرون بالتلعثم الشديد في الكبر .

وتشير الدراسات أيضاً إلى أنّ نسبة المتلعثمين من الذكور من جميع الأعمار تبلغ ٤ ـ ٨ أضعاف نسبة المتلعثمات من الإناث بالرغم من عدم ارتباط التأتأة بالذكاء والوضع الاقتصادي والاجتماعي (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩) . وفي تقرير جوتمان (Gutmann) وُجد أنّ ١٠ ٪ من النساء يقابلها ٩٠ ٪ رجال يتلعثمون ، وأحد الأسباب هو تعرض الرجل للإثارة أكثر من النساء (عبد الرازق ، ١٩٨٧) .

كما دلّت الدراسات والبحوث الحديثة على انتشار التأتأة بين المصابين بأمراض نفسية وعقلية بنسبة ٥ر٠ بالمئة وذلك من بين المترددين على عيادات الطب النفسي بالجامعة (عكاشة ، ١٩٧٦) .

الأسباب :

لقد تعددت الأسباب المؤدية إلى التأتأة ، فالبعض منها معقّد وعلاجه صعب ، في حين أنّ البعض الآخر ليس كذلك . وسوف أوجز أهم الأسباب التي تؤدي إلى التأتأة عند الطفل كما يلي :

١ ـ الأسباب المضوية :

قد تنتج التأتأة عن استعداد وراثي ، لذا فمن المحتمل أن يصاب الفرد بالتأتأة إذا كان في الأسرة أفراد مصابون بالتأتأة . فقد تبين أنّ ٦٥ بالمئة من أفراد عينة كبيرة من المصابين بعيوب الكلام كان أحد والديهم أو أقاربهم مصاباً بهذه

العيوب . كما قد تنجم التأتأة عن خلل في الجهاز السمعي عند الطفل مما يؤدي إلى إدراك الكلام بشكل خاطىء أو تأخر في حصول المعلومات المرتدة نتيجة الضعف في السمع ، وقد يتطوّر هذا المرض إذا لم يعالج الطفل بشكل مبكر .

وهناك وجهة نظر ترى أنّ التأتأة تنجم عن اختلال في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب في الأعصاب المتحكمة في الكلام مثل وجود خللٍ في العصب المحرك للسان أو تعرض مركز الكلام في الدماغ لتلفٍ معين أو وجود ورم دماغي (الخليدي ، ١٩٨٧ م) .

كما تنجم التأتأة عن عيوبٍ في جهاز الكلام المتمثل في الفم واللسان والأسنان والفكين وسقف الحلق العلوي والداخلي وكذلك لوجود خلل في الشفتين ، وهذه العيوب قد تكون خلقية وتحتاج إلى تدخل جراحي .

كما أنّ إصابة الدماغ في فترة الطفولة وخاصةً مؤخرة الرأس ، والتهابات الأنف ، وإفرازات الغدد ، واضطرابات الدورة الدموية ، من الأسباب المؤدية إلى التأتأة .

٢ ـ أسباب عضوية نفسية :

تؤثر العوامل النفسية أحياناً في الآلية العضوية لإنتاج الكلام عند الطفل . ومن الشائع في هذه الأسباب وجود اضطرابات في التوقيت أي تشويش في توقيت حركة أي عضلة لها علاقة بالكلام بما في ذلك الشفاه والفك .

وهناك خلل في الارتباط الدقيق بين الأصوات والمقاطع ، وتنتج تشويهات الكلمة عن أي خللٍ في الدقة المتناهية في التوقيت اللازم للحديث الطبيعي عند الطفل .

وهناك نظرية حديثة تقول بوجود منعكس غير ملائم تفتح خلاله الحبال الصوتية قبل البدء بالكلام بدلاً من أن تبقى معاً في حالة ارتخاء . فبعض الأطفال يتوقفون عن الكلام فترتخي الأوتار الصوتية ، بينما يقوم آخرون بإغلاق حبالهم الصوتية فتقفل ، مما يجعل النطق صعباً جداً . وترى هذه النظرية أنّ مقاومة الفرد للإغلاق العضوي للحبال الصوتية هو الذي يؤدي إلى التأتأة (شيفر وآخرون ، ١٩٨٩) .

٣ ـ أسباب نفسية وبيئية :

تُعتبر التأتأة أحد أعراض القلق والصراع النفسي عند الطفل وعدم شعوره بالأمن والطمأنينة النفسية . وأنها نتاجٌ للخبرات التي تحتوي على صراع ، وعلى موقف شعوري مقاوم لم يجد طريقه إلى رد الفعل .

كما تُعتبر أيضاً نتاجاً للمخاوف والوساوس ، وكذلك للصدمات الانفعالية التي تواجه الطفل ولشعوره بالنقص ، وشعوره بالإحباط في مواقف تنافس .

كما أنّ توقعات الوالدين غير الواقعية تؤدي إلى توترهم وقلقهم وتزيد من الضغوط النفسية عليهم . فالأبوان اللذان يُجبران طفلهما على الكلام قبل أن يكون على درجة كافية من النضج يسببان له التوتر والتأتأة . كما أنّ المبالغة في إيصال الطفل إلى الكمال يولد لديه القلق والتوتر أيضاً ، فالاهتمام المبالغ فيه بكلام الطفل ، وردود الفعل المبالغ فيها تجاه الطفل تسبب له التأتأة واضطراباً في الكلام . كما أنّ تعلم الطفل لعادات النطق السيئة ، أو تشجيع الأهل له بالاستمرار في نطق الكلمات بشكل غير صحيح تلطفاً وتدليلاً تؤدي إلى اضطرابات في الكلام واستمرارها إلى فترة متأخرة . كما أنّ وصف الأطفال بأنهم يتلعثمون في حديثهم يؤدي إلى تقبلهم وتقبل الآخرين لهذا التسمية مما يجعل التأتأة لديهم أكثر تكراراً .

كما أنّ محاولات الطفل التغلب على التأتأة بشدة أمام الآخرين تؤدي إلى مزيد من التردد في الحركات التي تشبه اللازمة .

كما أنّ التوقعات المتدنية القليلة من الطفل وتلبية كل احتياجاته خاصة في السنوات الأولى من عمره تؤدي إلى اعتماده على والديه ويصبح نمو الكلام لديه غير ضروري ولا يشجع من قبل الوالدين مما يجعل تعبير الطفل عن نفسه غير واضح ، وقد يظهر شعوره بعدم الكفاءة على شكل كلام مضطرب تشوبه التأتأة .

كما أنّ الخلافات الأسرية « بين الأبوين » تُعتبر مصدراً لقلق الطفل الصغير وتؤدي إلى التوتر النفسي عنده ، ممّا يؤدي إلى التأتأة . فالأطفال الذين يتكلمون بشكل طبيعي سوف يتلعثمون إذا كانوا قلقين جداً أو متوترين ، وتزداد الحالة سوءاً إذا كان لدى الطفل أصلاً ميلٌ إلى التلعثم في المواقف المثيرة للقلق والتوتر ،

لأنّ القلق والتوتر يفقدان الطفل القدرة على التحكم في العضلات التي تتحكم بالكلام (عمارة ، ١٩٨٦ ، ياسين ، ١٩٨١) .

كما أنّ خوف الطفل من أن يبدو بطيئاً أو بليداً ، وخوفه من انتقادات الآخرين يخلق عنده توقعاً بأنه لن يتكلم بشكل جيد ، مما يؤدي إلى التأتأة . زد على ذلك فإنّ عدم استعداد الطفل من الناحية الانفعالية لمواجهة بعض المواقف يؤدي إلى التأتأة تعبيراً عن الخوف والرفض ، كما يظهر ذلك في الأداء أمام الآخرين ، أو عندما يذهب إلى المدرسة بعد قضاء مدة وهو مريض .

بالإضافة إلى ذلك فإنّ إرغام الطفل الأعسر على استخدام يده اليمنى يؤدي إلى التأتأة . فمن المرجح أنّ الطفل في هذه الحالة بالإضافة إلى التوتر والقلق الذي ينتابه فإنّ جزء الدماغ المسيطر على اليد المفضلة يكون مسؤولاً عن ذلك . فالتأتأة تنجم في هذه الحالة عن التوتر النفسي والتداخل العصبي . وقد تكون بالإضافة إلى ما تقدّم ناجمة عن تقليد الطفل أو معايشته لأناس آخرين يعانون من التأتأة نتيجة حبه وتقديره للشخص المصاب . والتأتأة قد تكون تعبيراً عن حالة نكوصية عند الطفل للحصول على ما يريد ، كما قد تكون تعبيراً عن رفض الواقع الذي يعيش فيه ، والذي يسوده سوء التوافق سواء في الأسرة أو المدرسة .

الوقاية والعلاج :

هناك عدة طرق يمكن للأخصائي النفسي أو المُعالج أو الأبوين اتباعها بعناية مع الأطفال الذين يعانون من التأتأة من أهمها ما يلي :

١ - العلاج العضوي - الطبي :

في حالة اضطرابات الكلام الناجمة عن حالات عضوية قد يتطلب ذلك تدخلاً علاجياً جراحياً عصبياً ، ويمكن استخدام عقار (ل . س . د .) في علاج التأتأة عند الفرد . فالشخص المتلعثم ينطلق من أسوار قلقه ، ويتكلم بطلاقة تحت تأثير العقار مما يعزز ثقته بنفسه .

كما أن مراجعة أخصائي أذن وأنف وحنجرة ، وكذلك مراجعة أخصائي أسنان ضرورية لمعرفة وجود عائق عضوي أم لا .

وقد أثبتت الدراسات أنّ نسبة عالية من الذين يعانون من التأتأة يعانون من

شذوذ في رسم المخ الكهربي ، ولذلك فلا مانع من استعمال العقاقير المضادة للصرع .

علاوة على ذلك فإنّ علاج العيوب الجسمية التي تسبب عيوب النطق كالشفاه المشقوقة ، أو تشوه الأسنان ، أو خلل الحبال الصوتية ، أو علاج أعصاب النطق المرتبطة بمركز الكلام شيء ضروري وهام للتغلب على هذه العيوب (عريفج ، ١٩٨٧) .

٢ ـ تعليم الأطفال الكلام الصحيح إذا كانوا يتقبلونه باستخدام طرق ملائمة :

وهنا ينبغي ألاّ يُكره الأطفال على تعلّم الكلام بالقوة إلاّ إذا كانوا يقبلونه وعلى استعداد لذلك . ومن المفضل أن يستخدم الوالدان التشجيع وزيادة الدافعية عند الطفل للتعاون بإعطاء بعض المكافآت . ومن المفيد تشجيع الطفل على التباطؤ في أثناء الكلام ، والبدء بكل مقطع بهدوء ورفق حتى لا تنغلق صمامات الحنجرة مما يعين الحديث بيسر لديه .

كما ينصح بتشجيع الطفل على التنفس باستخدام عضلات التنفس البطيئة وليس عضلات صدورهم ، ولا بد من التدريب بشكل متكرر على هذا الإجراء .

كما أنّ هناك طرقاً تعتمد على الحديث المتقطع ، وهي من أقدم الوسائل في معالجة التوتر ، حيث يبين للأطفال كيف يتكلمون بأسلوب إيقاعي باستخدام الموقت الموسيقي (chronometer) .

وهذا الأسلوب الإيقاعي ، وجعل الطفل يتحدث بشكل يتزايد تدريجياً في مواقف مخيفة أكثر فأكثر هي من الطرق الفعالة ، وتفيد مع الأطفال الصغار أكثر من الكبار . وهذه الطريقة مفيدة لكل أنواع التلعثم عدا الحالات الناتجة عن اضطرابات في الحنجرة .

كما أنّ العلاج الكلامي بالتمارين والقراءة بصوت عالٍ ، والتكلم أمام المرآة مع وجود مسجل مفيد في التغلب على هذه المشكلة ، حيث تكون المقاطع في البداية من حرفين أو ثلاثة ، ثمّ تزداد تدريجياً ويكون ذلك تحت إشراف سيكولوجي .

٣ ـ تنمية شعور الطفل بالكفاءة وخفض القلق والتوتر والضغط لديه :

إنّ تنمية شعور الطفل بالكفاءة تقي من حدوث التأتأة وذلك باكتشاف أفضل الطرق لمواجهة المواقف الصعبة .

فالتأتأة تُوجد لدى الطفل شعوراً بالاختلاف عن الآخرين ، وعدم الكفاءة . ومن المهم جداً مساعدة الطفل على الشعور بالاسترخاء والإحساس بمهارته اجتماعياً ، وبإمكان الوالدين والأقارب مساعدة الطفل بتقديم جو يسوده الاسترخاء حيث يستطيع الطفل الانسجام مع الآخرين دون توتر .

لذا لا بد من الكشف عن سبب التوتر والعمل على خفضه قدر المستطاع ، ومن المفضل تعليم الطفل استخدام أسلوب لعب الأدوار حين التعامل مع الطفل ، وذلك عندما لا يشعر الطفل بعدم الكفاءة وعدم القدرة على التصرّف . فتكرار هذا الأسلوب في جو خال من القلق والتوتر والضغط يؤدي إلى تخليصه تدريجياً من التأتأة .

ومن المهم أيضاً تشجيع الطفل على التعبير عن مشاعره واهتمامه عند وقوع أحداث مؤلمة ، مع تقديم التعاطف والتطمين له .

وينبغي أيضاً عدم استعجال الطفل بطيء الكلام ، فالصبر والتقبل وخفض التوتر جميعها تساعد على ذلك .

ومن اللازم أيضاً عدم تصحيح النطق بجعل الطفل يُعيد كلمة أو جملة مرة أخرى ، أو الضغط عليه للتحدث أمام الأصدقاء أو الأقارب لأنّ ذلك يزيد الشعور بالارتباك ويزيد من التأتأة . ولا بد هنا من خفض التوتر لديه عن طريق ممارسة نشاطات ممتعة .

ولا بد أيضاً في بعض الحالات من خفض توقعات الوالدين من الطفل ، إذْ أنّ بعض الآباء لديهم توقعات علنية أو ضمنيه بأنّه يجب أن يتحسن كلام الطفل .

لذا لا بدّ للوالدين من كبت قلقهم ، وتشجيع أبنائهم مما يساعد الطفل على التخلص من التأتأة . فبعض الآباء يتصفون بالكمالية ويظنون أنّ أداء أطفالهم ينبغي أن يكون أفضل بكثير .

٤ ـ الدعم والتشجيع والمكافأة :

من الضروري وكخطوة أولى عدم مكافأة التأتأة دون قصد وذلك عن طريق الانتباه للطفل الذي يتلعثم ، فأي شكلٍ من أشكال الاهتمام قد يؤدي إلى تقوية التأتأة لدى الطفل .

وقد يتجلى الاهتمام بالطفل على شكل انتقاد أو تعاطف أو صرف وقت مع الطفل أو إعطائه امتيازات إضافية .

لذا ومن أجل تخليص الطفل من مشكلة التأتأة لا بد من تجاهل المشكلة تماماً ، وعدم السخرية من الطفل ، واستخدام الأسلوب السلوكي الذي يعتمد على عمليات الإطفاء للمنعكسات الشرطية . ثمّ استخدام نظام من التعزيز بحيث يحصل الطفل على الثناء عند انقطاعه لفترة قصيرة عن التأتأة ، وإذا تم ترتيب نظام التعزيز بشكل مناسب فإنّ الطفل سوف يحصل على المكافأة فوراً .

وينبغي أن تكون فترات التدريب قصيرة إلى درجة تكفي لضمان عدم وجود تأتأة في أثنائها على أن يزداد طول هذه الفترات كلما قلّ تكرار التأتأة . لذا فإنّ الطفل يعزز من سلوكه الإيجابي بالتحدث بسهولة ويسر (شيفر وآخرون ، ١٩٨٩) .

ثانياً : مصّ الأصابع Thumb Sucking

مفهوم ظاهرة مص الأصابع ومظاهرها :

تُعتبر عادة مصّ الأصابع شائعة عند الأطفال وخاصة في السنة الأولى والثانية ، حتى ليمكن القول إنها عرف عندهم بدلاً من تسميتها عادات . ولهذا يمكن اعتبار مصّ الأصابع سلوكاً عادياً في الطفولة المبكرة ، ومن أكثر العادات انتشاراً بين الأطفال ، وهي تتبّع سلسلة من التنظيمات الحركية العضلية النافعة للطفل والمؤدية إلى الإشباع وحدوث اللذة . فالمص والعض وسيلتان لإثارة إحساسات عضوية لذيذة يتمسك بها الطفل . بيد أنّ الأطفال يتفاوتون فيما بينهم تفاوتاً كبيراً فيما يتعلق بالتمسك بتلك العادات والقدرة على التخلص منها . فقد تكون عند البعض عابرة وتقل مع التقدم في العمر ، في حين أنّها تستمر عند

البعض الآخر .

وقد دلت الدراسات أنّ ٤٠ ٪ ممن هم في عمر سنة واحدة و٢٠ ٪ ممن هم في عمر خمس سنوات و٥ ٪ ممن هم في عمر ١٠ سنوات يمتصون أصابعهم بشكل واضح في الولايات المتحدة الأمريكية (شيفر ، وآخرون (١٩٨٩) .

كما لاحظ « Klackenberg » (١٩٤٩) أنّ نصف عدد الأطفال الذين درسهم وعددهم (٢٥٩) طفلاً ممن كانوا يمصون أصابعهم كانوا في سن عام واحد .

كما وجد « Brazyelton » (١٩٥٦) أنّ ٩٠ ٪ من مجموعة الأطفال وعددهم « ٧٠ » طفلاً متفوقين في نموهم كانوا يمصون أصابعهم خلال العام الأول من عمرهم وعندما أكملوا عاماً من عمرهم وجد أنّ أربعة فقط استمروا في المص .

وهكذا فإنّ معظم الأطفال يتخلصون من هذه العادة مع الزمن بشكل طبيعي ، إلاّ أنّ عدداً قليلاً منهم يستمر حتى سن المراهقة أو الرشد .

وأظهرت بحوث شيفر ، وآخرين (١٩٨٩ م) أنّ الأطفال الذين يمصون أصابعهم بشكل متكرر في السنوات الأولى من العمر ، سيقلع منهم حوالي ٥٠ ٪ عن هذه العادات في عمر خمس سنوات ، و٧٥ ٪ منهم سيتركها في عمر ٨ سنوات ، و٩٠٪ منهم سيتخلص منها في عمر عشر سنوات . هذا وينتشر مص الأصابع المزمن بين الإناث أكثر منه عند الذكور .

فقد تتبعت « Yarrow » (١٩٥٤) ٦٦ طفلاً منهم ٢٨ ولداً ، و٣٨ بنتاً لعدة سنوات ، وقد ذكرت أنّ ثلثي الأطفال كانوا يمتصون إبهامهم (٦٤ ٪) من من وقتٍ إلى آخر خلال فترة البحث ، كما وجدت أنّ عدد البنات اللاتي يمصصن أصابعهن أكثر بعض الشيء من عدد الأولاد وأنّ نصف عدد الذين يمتصون أصابعهم ما زالوا يمتصونها حتى سن الرابعة .

لذا فظاهرة مصّ الأصابع تعبر عن صورة من صور النمو التي قد تزود الطفل بالارتياح والاطمئنان ، وهي لا تدل على أنّها تمثل أعراضاً عصابية في كل الحالات ، وإنْ كانت مؤشراً قد تكون له دلالة على سوء التوافق ودلالة على خيبة الآباء في عملية التربية . وإذا استمرّت إلى سن ما بعد السادسة من العمر فإنّها

تدل على وجود الاضطراب النفسي لدى الطفل مما يتحتم البحث عن الأسباب وسبل العلاج .

الأسباب :

يعتبر المصّ بحدّ ذاته دافعاً قوياً عند الصغار ، حتى أنّ بعض الدراسات أظهرت أنّ بعض الأجنّة تمص أصابعها وهي في بطون أمهاتها .

ولكن هناك الرضع الذين لا يمصون أصابعهم من أجل الغذاء بل لأنّهم يجدون في ذلك متعة وشعوراً بالسعادة والراحة والاسترخاء واللعب والحركة ، ولذلك يقبلون على تكرارها باستمرار .

ـ لكن هناك من الأطفال من تظلّ لديه الرغبة في مصّ أصابعه حتى بعد الفطام ، ويلجأ إليها كلما وقع في أزمة نفسية أو موقف إحباطي ، أو عندما يوجد مع أشخاص غرباء ، أو عندما يترك وحيداً ، ومن المعروف فإنّه إذا ما أعاق استجابة الطفل الموجهة نحو هدف معين أي عائق ، يسعى الطفل إلى البحث عن فرص أخرى لأداء الاستجابة المشبعة البديلة ، أو قد يلجأ إلى مص الأصابع . فهذه العادة تدلّ على عدم الاستقرار الانفعالي ودليل على الاضطراب النفسي .

وينظر أصحاب نظرية التحليل النفسي إلى عملية المصّ على أنّها مصدر كبير لرضا الطفل أكثر من كونها مجرد إشباع للمطالب الغذائية ، وقد أعطيت أهمية كبيرة للذة الفمية في مجال النمو النفسي واعتبر على أنّه نكوص إلى المرحلة الفمية خاصة عندما يتخلى عنها الطفل ويعود إليها ثانية عند شعوره بعدم الأمن ، أو توقع العقاب الشديد .

ويذكر بعض المحللين النفسيين أنّ الحاجة إلى الامتصاص غريزة تتطلب الإشباع ، فإذا لم يحدث الإشباع الكافي من خلال الامتصاص للطعام فإنّه يستكمل عن طريق مصّ الأصابع ، أو مصّ الزجاجة الفارغة أو أي شيء يمكن أن يجده حوله . وقد أجرى « David levy » (١٩٣٤) ملاحظة على مجموعة من عجول البقر الرضيعة والتي يرضع بعضها من ثدي الأم في حين أنّ البعض الآخر يشرب اللبن من إناء ، وقد استنتج أنّ العجول الرضيعة التي تناولت اللبن من الإناء أظهرت عملية امتصاص أكبر من العجول التي رضعت من الثدي ، وظهر سلوكها على شكل مص آذان العجول الأخرى .

كما أجرى « Levy » تجربة أخرى على الجراء (كلاب رضيعة) حيث غذّى ثلاثة منها من زجاجات يتدفق منها اللبن ببطء ، وغذّى ثلاثة جراء أخرى من زجاجات يتدفق اللبن منها بسرعة ، وقد لاحظ أنّ الجراء الأخيرة قامت بالامتصاص أكثر من الأولى رغم امتصاص كل الحليب من الزجاجات من قبل مجموعة الجراء .

كما لاحظت « Kunst » (١٩٤٨ م) ظاهرة امتصاص الإبهام والأصابع على (١٤٣) رضيعا في أحد ملاجئ الأيتام، فوجدت أن هذا الامتصاص يزداد كلما طالت الفترة التي تلي تغذية الطفل سواء أكان نائماً أم مستيقظاً .

وهناك تجربة قام بها سيرز ووايز sears and wise (١٩٥٠ م) لإثبات صحة نظرية التحليل النفسية ، إذ درسا (٨٠ طفلاً) عادياً تتراوح أعمارهم بين ٢,٣ سنة و٧,١٠ سنوات وذلك من أجل معرفة :

- كيف كانت طريقة تغذيتهم ؟

- مدة حصولهم على الغذاء عن طريق الامتصاص .

- الطريقة التي تمت بها عملية الفطام ومدى قسوتها .

- ما هي الفروق الهامة الموجودة ؟

فبعض هؤلاء تمت تغذيتهم منذ الميلاد عن طريق الكوب ، في حين أنّ البعض الآخر بدأت تغذيتهم بالكوب بعد أسبوعين من الميلاد .

وقد صنفت المجموعة من حيث الفطام إلى :

فطام مبكر - فطام متوسط - فطام متأخر .

وطبقاً للنظرية الغريزية في التحليل النفسي فإنّ من المتوقع أن نجد أنّ المجموعة التي تم فطامها مبكراً سيكون الفطام أكثر إحباطاً لها وستكون أكثر مصاً لأصابعها .

لكن الدراسة أثبتت العكس فقد كان الأطفال المتأخرون في فطامهم هم الأكثر شعوراً بالإحباط والأكثر رغبة في مص الأصابع من المجموعات الأخرى ، بمعنى أنّ الفروق كانت في الاتجاه المضاد لما تقول به نظرية الغرائز .

أمّا نظرية التعلم فقد كان لها وجهة نظر أخرى فيما يتعلق بعملية المص ، فهي ترى أنّ الأطفال الذي يتناولون غذاءهم عن طريق كوب الحليب سيكونون أقل ميلاً إلى عملية المص حتى المصحوب بتدفق الغذاء ، أمّا الرضع الذين يتناولون غذاءهم عن طريق الثدي أو الزجاجة سيكونون أكثر ميلاً إلى عملية الامتصاص ، كما أنّ الأطفال الذين يتناولون غذاءهم من طريق الثدي يكونون أكثر ميلاً من الجميع إلى عملية المص .

ولهذا فقد أجرى Davis (١٩٤٨) تجربة قسّم فيها عينّة من ٦٠ طفلاً إلى ثلاث مجموعات متساوية ، الأولى تتغذى من أكواب الحليب ، والثانية تتغذى من زجاجات الحليب ، أمّا الثالثة فتتلقى غذاءها عن ثدي الأم وذلك خلال الأيام العشرة الأولى من الحياة .

وقد دلّت النتائج على أنّ الأطفال الذين تغذوا من ثدي الأم أكثر ميلاً إلى مص الأصابع من المجموعتين الأخريين ، في حين أنّ المجموعتين الأخريين لم تختلفا اختلافاً بيناً في ذلك .

وتشير بعض الدراسات إلى أنّ عادة مص الأصابع عند الأطفال العصابيين ليست سوى عرض من الأعراض العامة ، حيث أنّ الطفل ينام قليلاً أو يتأفف في أكله ، ويكثر بكاؤه وتصيبه نوبات كثيرة من الغضب ، كما تبدو عليه دلالات أخرى من عدم استقرار الجهاز العصبي .

ـ ولهذا يمكن اعتبار القلق أحد الأسباب الرئيسية الكامنة وراء عادة مصّ الأطفال للأصابع ، فالطفل في أثناء وجوده في جو مشحون بالانفعالات والقلق ، ووجود أفراد عصابيين من حوله يجعله يكتسب هذه العادةممن حوله لتصبح سلوكاً ظاهراً لديه .

ـ والجدير بالذكر فإنّ ضعف قدرة التلميذ على التحصيل كبقية زملائه يؤدي إلى شعوره بالتأخر الدراسي ، ممّا ينجم عنه شعور بالنقص ، ويجعل أحياناً اتجاهات المدرس سلبية نحوه (نبذ ، إهمال ، اتهامه بالغباء .. الخ) ، ويؤدي إلى ظهور عادة مصّ الأصابع لدى الطفل .

ـ كما أنّ أساليب معاملة الوالدين في المنزل والتي تكون أحياناً غير مناسبة مع الطفل كالنقد المستمر له ولتصرفاته ، مع القسوة المفرطة في أثناء التعامل

معه ، أو التدليل الزائد ، أو التضارب في أساليب المعاملة بين الأم والأب . كل ذلك يؤدي إلى ظهور هذه العادة غير اللائقة اجتماعياً .

ـ بالإضافة إلى ذلك فإنّ التغذية غير الكافية ، أو التي تتم على فترات متباعدة أو حرمان الطفل من الطعام ، كل ذلك يؤدي إلى لجوء الطفل إلى عملية مصّ الأصابع بالرغم من أنّها لا تؤدي إلى إشباع حاجة الجوع لديه .

ـ كما أنّ إصابة الطفل ببعض الأمراض الجسمية مثل ضيق التنفس ، والتهاب اللوزتين ، والإصابة بالزوائد الأنفية ، وسوء الهضم ، واضطرابات الغدد ، من شأنها أن تؤدي إلى ظهور هذه العادة .

ـ كما أنّ عدم الاستقرار النفسي الناجم عن شعور الطفل بالعجز الجسمي أو العقلي (وما يصاحبه من ضعف في التركيز) ، بالإضافة إلى حالات التخلف العقلي التي تؤدي إلى عدم استقرار الحركات العصبية لدى الطفل ، كل ذلك يمكن أن يؤدي إلى عادة مصّ الأصابع .

إنّ هذه الأساليب التي يلجأ إليها الطفل في مواجهة مشكلاته ليست إلاّ أساليب سلبية تؤدي بالطفل إلى الإنسحاب والعزلة والخجل في أثناء مواجهة المشكلات .

أضرار مصّ الأصابع :

تشير الكثير من الدراسات وخاصة التي أجراها Lewis (١٩٣٠ ، ١٩٣١ م) و Johnson (١٩٣٩) إلى أنّ مصّ الأصابع له آثار ضارة في ظهور الأسنان الدائمة خلال العام السابع ، كما يساعد على تكوين المعنى العدواني للعض .

كما أنّ عمر الطفل ومدة المص وشدته وحالة الفم كلها تؤثر في إمكانية حدوث مشكلات في الأسنان ، ممّا يؤدي إلى نتوء الأسنان إلى الخارج عادة ، وعدم إطباقها بشكل صحيح .

وتكون آثار مصّ الأصابع ضئيلة عادة إذا توقف المصّ قبل ظهور الأسنان الدائمة .

بالإضافة إلى ذلك فقد لوحظ أن من يمصّ اصبعه أميل إلى أن يكون أقل

احتمالاً لأن يستجيب إذا نودي بإسمه .

كما أنّ من يمصّ إصبعه يميل في أثناء المصّ إلى الانقطاع عن العالم الخارجي ويصبح منهمكاً بذاته ، ويكون حديثه العفوي مبتوراً ، وتزداد مشكلاته عندما يكبر ويصبح واعياً لسلوكه الطفلي حيْن ، يسخر منه الأطفال الآخرون .

طرق الوقاية والعلاج :

ماذا يستطيع الآباء والمربون أن يفعلوا كي يمنعوا حدوث مصّ الأصابع المزمن عند أطفالهم ؟

فالكشف عن تربية الطفل إنما هو بما يقول وما يفعل، وهناك عدة إجراءات يمكن من خلالها وقاية الطفل من عادة مص الأصابع أو علاجها في حالة وجودها، وخاصة في سن ما بعد الفطام أو بعد سن الثالثة من العمر. وأهم هذه الإجراءات ما يلي :

١ ـ توفير الأمان للطفل provide security :

إنّ شعور الطفل بالأمن والأمان يقلّل ظاهرة مصّ الأصابع عنده ، فإذا كان الطفل يعاني من صعوبات مدرسية ، أو تنافس بين الأشقاء ، أدّى ذلك إلى ميله إلى مصّ الأصابع .

ولذلك لا بدّ من تهيئة جو مريح للطفل في المنزل وأن يكون آمناً ، وهادئاً وسعيداً ، وأن تكون علاقته مع والديه أقرب إلى الصداقة ، مع إزالة كل مظاهر القلق والاضطراب والتوتر التي يتعرض لها الطفل والعمل على حل صراعاته .

٢ ـ التجاهل Ignoring :

من الأفضل للآباء أن يتجاهلوا عادة مصّ الأصابع عند أبنائهم ، وأن يصرفوا جانباً من العناية والقلق الذي يبدونه تجاه هذه الظاهرة ، ونذكر الآباء بأنّ معظم الأطفال يقلعون عن هذه العادة بإرادتهم عند سن خمس أو ست سنوات ، وعادة قبل ظهور الأسنان الدائمة . زد على ذلك فإنّ تركيز الآباء على عادة مصّ الأصابع عند أبنائهم يمكن أن يزيد المشكلة تعقيداً . فالنهي المستمر المصحوب بالتهديد والوعيد ومشاعر النبذ والكراهية تقوي هذه العادة عند الطفل وتدفعه إلى

العناد والمقاومة وكسب الموقف لصالحه .

كما أنّ الطفل عندما يظهر مشكلات انفعالية بالإضافة إلى مصّ الأصابع (خوف ، عدوان) فإنّ إيقاف مصّ الأصابع قد يعجل في ظهور مشكلات سلوكية أخرى مثل تقلّص عضلات الوجه اللاإرادي مثلاً .

لذا من الأفضل عدم المبالغة في الانتباه إلى هذه العادة التي تختفي بمرور الوقت من خلال التوجيه والإرشاد ، واتباع موقف متسامح مع الأطفال الصغار الذين يمصون أصابعهم . وأظهر للطفل من خلال أقوالك وأفعالك أنك لا تعتبر مص الأصابع أمراً ذا أهمية كبيرة . ولا بد من تركيز الجهود على إرشاد الطفل على التخلص من هذه العادة شيئاً فشيئاً ، وأن ننمي لدى الطفل الشعور بالسعادة والمحبة والقبول . وينصح في هذه الحالة في أثناء تجاهل عادة مص الأصابع عند الطفل أن نبقي الطفل مشغولاً بنشاطات هادفة بناءة بديلة بحيث تبقى اليدين مشغولتين ، وأن نوفر له مواد لعب متنوعة تستدعي الاستخدام الفعال ليديه مثل المعجون وأقلام التلوين .

٣ ـ استخدام مصاصة كاذبة Pacifier :

تؤيد البحوث الحديثة استخدام المصاصة كبديل لمص الأصابع . وقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين يستخدمون المصاصة الكاذبة خلال السنة الأولى من العمر تظهر لديهم حالات مص الأصابع على نحو قليل في سنوات الطفولة اللاحقة .

٤ ـ إطالة فترة الرضاعة Increase Sucking Time :

لا بد من إطالة فترة إرضاع الطفل خاصة إذا ظهر أنه يمص إصبعه بعد الانتهاء من الرضاعة مباشرة أو على فترات متكررة بين الرضعات .

ومن المفضل استخدام حلمة ثدي يسيل منها الحليب ببطء وإطالة فترة الرضاعة أكثر مع الاسترخاء ، وعدم الاستعجال في نقل الطفل من برنامج رضاعة مرة كل ثلاث ساعات إلى برنامج مرة كل أربع ساعات . كما يمكن أيضاً تأخير فطام الطفل من ثدي الأم أو الرضاعة .

٥ ـ الثواب والعقاب Rewards and Penalties :

إن استخدام الثواب مثل المديح الاجتماعي أو تقديم مكافأة مادية ملموسة. مثلاً الطعام والألعاب من قبل الآباء يساعد الأطفال في السيطرة على عادة مص الأصابع . لذا فإن وضع نظام للتعزيز يقصر من حدوث مص الأصابع . فإذا كان اصبع الطفل جافاً يقوم الأب أو الطفل بوضع نجمة على لوحة منشورة بشكل بارز . ويؤدي حصول الطفل على خمس نجوم إلى حصوله على مكافأة مادية أو جائزة ومن ثم يمكن أن يحصل على الجائزة بعد حصوله على عشر نجوم وهكذا .

وفي مقابل ذلك فإن فرض عقاب بسيط على الطفل في كل مرة يشاهد فيها وهو يمص إصبعه ، يمكن أن يساعد في إضعاف هذه العادة عند الطفل . والعقوبة المألوفة هي سحب المعززات الإيجابية مثل الامتناع عن شرح قصة للطفل قبل النوم ، أو إغلاق التلفزيون لمدة خمس دقائق كلما شوهد الطفل وهو يضع اصبعه في فمه . . . وهكذا .

٦ - التوجيه Guidance :

يمكن في حالة الأطفال الكبار الذين يستمرون في ممارسة هذه العادة في سنوات المدرسة إعطاء توجيهات تبين الآثار السلبية التي تنجم عن عادة مص الأصابع وأن يستثار فضول الطفل ليتعاون مع الوالدين في تصحيح هذه العادة من خلال الإقناع ، وتذكيره دائماً إذا ما نسي واستمر في عادة مص الأصابع .

كما يمكن إبداء عدم الرضا عن هذه العادة الموجودة عند الطفل وإظهار الثقة بقدرته على التخلص منها . كما يجب على الوالدين عدم الخجل من ظهور هذه العادة لدى أبنائهم أو التحدث عنها باستمرار كمشكلة لا حل لها .

وإذا باءت الجهود بالفشل يحذر من إرغام الطفل قصرا على التخلص من هذه العـادة، لأنه يمكن أن تتولد عند الطفل مشكلات انفعالية أكثر صعوبة وخطرا. كمـا يمكـن للآباء والمربين من توجيه الأطفال لشغل أنفسهم بأنشطة يدويـة منتجـة تشـعرهم بقيمتهم وقدرتهم على مساعدة الآخرين من خلال القيام بأعمال كثيرة.

٧ ـ الإيحاء Suggestion :

من المعروف أن الأطفال سريعو التأثر بالإيحاء ، خاصة عندما يكونون صغاراً جداً . ولذلك يمكن القول بصوت ناعم وأسلوب مهدهد ومنوم في أثناء استرخاء الطفل ونعاسه (إنك حقاً تكبر وتزداد ذكاءً يوماً بعد يوم ، وقريباً سوف تبدأ بالذهاب إلى المدرسة مثل الأولاد الكبار ، وسوف تصبح كبيراً جداً ولن تمصّ إصبعك بعد الآن ، كثير من الأطفال الصغار يمصون أصابعهم وربما كنت أنا أيضاً أمصّ إصبعي عندما كنت طفلاً صغيراً ، ولكن إذا كنت قد فعلت ذلك ، فإنّني عندما كبرت مثل الكثيرين من الأولاد والبنات الصغار ، توقفت عن مصّ اصبعي لأنّني كبرت ، وسوف أراهن أنّك أنت أيضاً قريباً ستصبح كبيراً جداً بحيث لن تمص أصبعك بعد الآن ، وربما سيحدث ذلك في الشهر القادم ، وربما سوف تصبح كبيراً جداً ، أو ربما بعد غد ،،بحيث عندما يدخل إبهامك في فمك سوف تقول : لا يا أصبع ، لن أقوم بمصّك بعد الآن ، لأنّني أصبحت الآن كبيراً ، عليك أن تبقى خارج فمي .

إنّ الكبار لا يقومون بمصّ أصابعهم ، هذا ما يفعله فقط الناس الصغار .

سوف أصبح كبيراً ، أنت يا سيد أصبع ، ابعد خارج فمي . نعم يا عزيزي إنّك تكبر وتزداد قوة وقريباً لن تمصّ أصبعك أبداً أبداً) (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩ ص ٢٤٢) .

٨ ـ المكافأة :

توفير الهدايا ، والأنشطة اللازمة والمناسبة للطفل مع توفير الهدوء اللازم لممارسة فعالياته ، وتنظيم فترات العمل والراحة ، وتوفير بيئة صالحة يشعر فيها بالأمن والاستقرار النفسي .

٩ ـ العناية الصحية :

ضرورة العناية الصحية والفحوص الطبية الدورية للتعرف على الأسباب الجسمية التي قد تساعد على ظهور الاضطرابات العصبية لديه (حسين ، ١٩٨٦) .

ثالثاً : قضم الأظافر Nailbiting :

أكّدت الدراسات العديدة أنّ هناك عدداً كبيراً من الأطفال والتلاميذ يقضمون أظافرهم من وقتٍ إلى آخر وبدرجاتٍ مختلفة (قد يصل بعضها إلى أسفل مستوى الجزء العلوي من الجلد المحيط بالظفر) . وأنّ عدداً منهم يستمرون في هذه العادة بشكل متكرر وإلى وقت متأخر ، ودلّت الدراسات أيضاً أنّ هذه الظاهرة تنتشر حتى بين طلبة الجامعات حيث يعاني منها ٢٥ ٪ - ٣٦ ٪ من مجموعة الطلبة . ولهذا نرى بأنّ قضم الأظافر عند الأطفال عبارة عن ظاهرة سلوكية تبدو على شكل قضم متكرر للأظافر ، وتظهر من وقتٍ إلى آخر وفي مناسبات معينة ، ويكون من الصعب السيطرة عليها وتغييرها .

كما وجد أنّ هذه الظاهرة أكثر شيوعاً بين الإناث منها بين الذكور .

فقد وجد فالنشتاين ، وآخرون Valenstine , et . al (١٩٥٥) من خلال دراستهم أنّ حوالى ٦٠ ٪ من الذكور ، و٦٠ ٪ من الإناث بين سنّ ٨ - ١١ سنة من العمر يقضمون أظافرهم ولكن بدرجات مختلفة . وقد أظهرت الدراسة أيضاً أنّ الذكور يقضمون أظافرهم بشدة أكثر من البنات في الأعمار ما بين ٧ - ١٥ سنة وهذه الفروق دالة إحصائياً . أمّا في عمر أقل من سبع سنوات فيبدوا أنّ الذكور أقل قضماً حاداً من البنات . كما أظهرت الدراسة أنّ أكبر نسبة من القضم الحاد كانت في سن ١٢ سنة بالنسبة إلى الذكور .

أمّا عن موعد ظهور قضم الأظافر عند الأطفال فقد بينت إحدى الدراسات (منصور ، ١٩٨١) التي أجريت على الأطفال الذين يقضمون أظافرهم بحدة من كلا الجنسين في سن ٨ - ١٠ سنوات أن ٥٣ ٪ من هؤلاء لا يعرفون متى يقضمون أظافرهم أو أنهم لا يقضمونها في أوقاتٍ معينة . وأن ٢٣ ٪ منهم يقضمون أظافرهم في السينما أو أمام التلفزيون ، و٨ ٪ يقضمون أظافرهم عند قراءة كتابٍ مثير أو سماع قصة أو رؤية حادثة مثيرة ، من فيلم أو تلفزيون ، في حين أن ١١ ٪ يميلون إلى قضم أظافرهم عند تركيز انتباههم في المدرسة .

لذا فإن هذه العادة تُعتبر من أكثر العادات صعوبة من حيث قابليتها للتغيير ، إذ إن الذين يقضمون أظافرهم يكونون حساسين بالنسبة إلى استهجان

المجتمع ، لذا فإنهم يقضمون أظافرهم في أثناء عزلتهم .

الأسباب :

يرى العديد من الباحثين أن ظاهرة قضم الأظافر تُعد طريقة للتخلص من التوتر والقلق كما تُعد أيضاً تعبيراً عن العدوان المكبوت والتكيف الوجداني السيّء Hadfield (١٩٥٠) ، وKoch (١٩٣٥) .

كما يرى بارتون هول Barton Holl (١٩٤٧) ، أن أغلبية حالات قضم الأظافر الحاد تميز الأطفال ذوي النشاط الزائد والحيوية الزائدة وعدم الإستقرار . وقد يلجأ الأطفال إلى تقليد سلوك والديهم ، إذ أن الطفل يقلد أباه أو أمه عندما يظهر عنده أو عندها هذه العادة لأنه يعتبرهما المثل الذي يجب أن يقتدي به . كما يُقلد الطفل زملاءه من التلاميذ الذين تظهر لديهم هذه العادة . كما أن بعض الأطفال يمارسون هذه العادة عند عدم احتمالهم مشاهدة ظفر مثلم لديهم .

وهناك بعض الأسباب التي تؤدي إلى عدم استقرار الطفل انفعالياً هي[1] :

أولاً : أسباب جسمية ووراثية :

فقد تكون لدى الطفل حالة جسمية يتسبب عنها عدم الاستقرار والعصبية مثل الإصابة بالديدان ، وتضخم اللوزتين ، أو الزوائد الأنفية إلى جانب سوء الهضم، والاضطرابات الغددية وكل ما يؤثر في الصحة العامة تأثيراً سيئاً .

أما من الناحية الوراثية فقد يرث الطفل بعض الخصائص التي تساعد على تكوين العصبية أو عدم الإستقرار عنده ، وهذه الخصائص الوراثية تتفاعل مع البيئة وتكوّن حلقة متصلة تقوي كل منها الأخرى .

كما قد تصاحب العصبية وعدم الاستقرار بالضعف العقلي في بعض الحالات ، إذ أن المتأخرين عقلياً يبدون أقل من غيرهم قدرة على توجيه نشاطهم، وضبط حركاتهم ، لذا نجدهم متأخرين في النمو الحركي . كما أن عدم قدرتهم على مسايرة زملائهم في ألعابهم وحركاتهم ونشاطهم يجعلهم يتضايقون

---

(١) منصور ، محمد جميل محمد يوسف : قراءات في مشكلات الطفولة ، تهامة ، جدة ، المملكة العربية السعودية ، ١٩٨١ .

ويتصفون بالعصبية وتزداد حالتهم سوءاً مما يجعلهم يقضمون أظافرهم .

ثانياً : الأسباب النفسية والبيئية :

من الأسباب النفسية التي تؤدي إلى عدم استقرار الأطفال وعصبيتهم ما يلي :

١ ـ الشعور بالبؤس الناشيء عن عجز الطفل في الوصول إلى المستوى الذي يتمنى الوصول إليه . مثل : التأخر في قدرة عقلية أو حسية أو جسمية معينة . أو عندما يكون الطفل قد حُرم من مميزات يتحلى بها أخوته فيُفضلون عليه ، وعندما يُحرم أيضاً من التقدير والاهتمام .

٢ ـ وجود الطفل في أماكن يشعر فيها بالشقاء ويقضي فيها جزءاً كبيراً من وقته كل يوم كالمدرسة والمنزل مما يؤدي إلى عصبيته وعدم استقراره . فالمكان المملوء بالمعوقات التي تقف دون تحقيق حاجاته المختلفة كالحاجة إلى الحرية واللعب والحركة يؤدي إلى شعور الطفل بالشقاء .

٣ ـ وتبين الدراسات أن الطفل يُمارس هذه العادة عندما يستثار انفعالياً أو في حالات التعب الشديد أو في حالات الإهمال والحرمان . ولكن عندما ينهمك الطفل في عمل أو نشاط يستخدم فيه كلتا يديه فإنه لا يلجأ إلى مثل هذه العادات ، إلا نادراً ، كما أظهرت بعض الدراسات أن الأطفال ذوي العادات الفمية البارزة تتكرر إصابتهم بالتهاب الحلق أكثر من الأطفال الآخرين عموماً .

٤ ـ وعادة قضم الأظافر عند الأطفال دليل على ضعف توافقهم النفسي والاجتماعي ، فقد يقوم بها الطفل أحياناً كرغبة في إزعاج والديه ، ويمكن أن تتدعم هذه العادة عند الطفل عندما يظهر الوالدان انزعاجاً لمجرد رؤيتهم الطفل وهو يقضم أظافره . كما يكشف ذلك الإحساس المتضارب عن حاجة الطفل إلى عقاب نفسه لشعوره بالسخط على والديه والعداء الموجه لهما (حسين ، ١٩٨٦) .

٥ ـ ويرى بعض الباحثين أن قضم الأظافر عند الأطفال دليل على فشل الآباء في عملية التنشئة الاجتماعية .

الوقاية والعلاج :

لا بد من المحافظة على أظافر الطفل مقصوصة بحيث لا يكون لها حوافٍ ناتئة تستدعي الطفل إلى التخلص منها .

كذلك لا بد من جعل الطفل يُمارس نشاطاً عضلياً بحيث تظل يداه مشغولتين بنشاطاتٍ هادفة .

ولكن قد يستخدم البعض وسائل معينة لمنع الأطفال من قضم أظافرهم مثل وضع غطاء معدني للإبهام ، أو وضع جبيرة للذراع للحد من حركته ، أو دهن الإبهام والأصابع بمادة مرة المذاق ، أو اللجوء إلى التأنيب والتوبيخ ، أو جعل الطفل يشعر بالخزي لممارسته عادة قضم الأظافر .

ولكن هذه الوسائل ليست سليمة في علاج قضم الأظافر وقد يكون لها آثار سلبية أشد خطراً من العادات نفسها .

فالعلاج الصحيح يكون في العناية بالطفل والاعتراف بحاجاته الأساسية في مرحلة الرضاعة وضرورة إشباعها بصورة سليمة الأمر الذي يقلل من تكوين العادات غير السليمة المتصلة بالفم .

فعادة قضم الأظافر عادة مذمومة تستدعي الانتباه والاهتمام ولا بد من العمل على علاجها على أُسس سليمة قائمة على تشخيص مسبق لبيان الأسباب المؤدية إليها .

لذلك على الوالدين أن يناقشا مع الطفل مساوىء هذه العادة ، مع رفع دافعية الطفل للتغلب على هذه المشكلة ، وبإمكان الطفل الذي يمتلك دافعية لوقف هذه العادة أن يجمع بين عدة استراتيجيات منها :

١ ـ الاحتفاظ بسجل :

يمكن للأطفال في سن الثامنة من العمر أو أصغر سناً أن يلاحظوا أو يُسجلوا المرات التي يقضمون فيها أظافرهم ووضع علامة على بطاقة في كل مرة يقومون فيها بقضم أظافرهم ، وتدوين ما الذي كان يفعله قبل البدء بقضم أظافره مباشرة . وقد أظهرت الدراسات أن مجرد تسجيل مدى تكرار السلوك المشكل

غالباً ما يؤدي إلى إنقاصه ، لأن هذا السجل يؤدي إلى زيادة الوعي وإلى تقييم كيفية استغلال الشخص لوقته وجهده .

٢ ـ المكافآت Rewards :

يمكن للأبوين أن يحددا أهدافاً للتحسّن . فبمجرد أن يبيّن السجل عدد المرات التي يقوم فيها الطفل بقضم أظافره خلال اليوم ، وأن هذا العدد قد تناقص خمس مرات ، يعطيا الطفل مكافأة صغيرة يومياً إذا حقق الهدف . ويمكن أيضاً للطفل أن يحقق مكافأة كبيرة في الأسبوع مثل : اصطحاب الطفل في زيارة للأصدقاء ، أو قضاء وقت أطول في مشاهدة التلفزيون . كما يمكن استخدام نظام النقاط بحيث يحصل الطفل على خمس نقاط على البطاقة إذا تناقص عدد مرات قضم الأظافر عنده بمقدار خمس مرات .

وبالإضافة إلى تقديم المكافآت يمكن الاهتمام بالثناء على الطفل من قِبل الراشدين مما من شأنه أن ينقص عادة قضم الأظافر .

٣ ـ العقوبات :

يمكن جمع الثواب مع العقاب في معالجة ظاهرة قضم الأظافر حيث يؤدي ذلك إلى نتائج أسرع . فقد يكون سحب المكافأة الإيجابية مثل حرمان الطفل من مشاهدة التلفزيون لفترة من الوقت أو خسارته لبعض النقود من مصروفه اليومي كلما شوهد من قِبل الأبوين وهو يقضم أظافره مجدياً في علاج هذه الظاهرة .

٤ ـ التدريب على زيادة الوعي Awareness Training :

يمكن مساعدة الطفل في هذه الحالة ليصبح أكثر وعياً بمشكلته ، وذلك بأن يطلب منه أن يخصص خمس دقائق كل صباح وكل مساء ليجلس في مكانٍ هادىء أمام مرآة ويقوم ببطءٍ بتمثيل حركات قضم الأظافر كما لو كان يقوم بقضمها فعلاً ، وفي أثناء قيامه بتمثيل الدور عليه أن يقول بصوتٍ عالٍ « هذا ما لن أفعله اليوم » .

وهذا الإجراء يساعد على زيادة وعي الطفل ، وزيادة قدرته على التحكم الإرادي بعادة قضم الأظافر .

٥ ـ تعليم الطفل استجابة منافسة Competing Response .

لا بد من تعليم الطفل استجابات منافسة كلما شعر بالحاجة إلى قضم أظافره ، وذلك مثلاً بأن يمد الطفل ذراعيه على جانبيه ، ويضم قبضتي يديه بقوة حتى يشعر بالتوتر في الذراع واليد . وعلى الطفل ممارسة الاستجابة المنافسة ما بين دقيقتين إلى ثلاث دقائق بعد أن يشعر بإغراء القضم . ومن الاستجابات المنافسة أيضاً قيام الطفل بالنقر بأظافره على سطح قاس أو يسبّح بمسبحة . كما يمكن أن يُكافىء الطفل نفسه فوراً لقيامه بالاستجابة المنافسة بتقديمه كأساً من الشراب أو قطعة حلوى ، مما يؤدي إلى تقوية حدوث الاستجابة المنافسة .

٦ ـ تعليم الطفل الاسترخاء Teach Relaxation :

بما أن عادة قضم الأظافر هي في الأصل نتيجة التوتر الشديد أو القلق ، لذا من الممكن التحكم بها عن طريق تعلم أسلوب تكيّف بديل مع هذه المواقف المثيرة للقلق عن طريق الاسترخاء الذي يمكن التحكم به بوساطة الدلالة وتعلّم الطفل كيف يصل إلى حالة من الاسترخاء كاستجابة لكلمة دالة يقولها الطفل لنفسه مثل : اهدأ ، ولهذا الإجراء خطوتان هما :

١ ـ التدريب على الاسترخاء العضلي التام .
٢ ـ مزاوجة الكلمة الدالة (cue- word) بحالة الاسترخاء .

ويتم ترسيخ ربط الكلمة الدالة بجعل الطفل ينتبه إلى تنفسه في أثناء ترديده الكلمة الدالة بصوتٍ غير مسموع مع كل زفرة تنفس . ويقوم أحد الأبوين في أول خمسة اقترانات بترديد الكلمة الدالة بصوتٍ مرتفع وبشكلٍ متزامن مع زفرات الطفل ، ثم يُتابع الطفل بعد ذلك هذا الإجراء بحيث يجري عملية الاقتران خمس عشرة مرة إضافية . وعندئذٍ يُمنح الطفل مدة ستين ثانية لكي ينتبه إلى شعوره العام المصاحب للاسترخاء ، وبعد ذلك يُعاد تكرار الكلمة الدالة عشرين مرة أخرى .

ويشجع الطفل على القيام بممارسة كل من تمارين الاسترخاء وإجراءات إقران الكلمة الدالة يومياً ، وعندما يتقن العملية يطلب إليه أن يقوم بملاحظة الزيادة في التوتر المصاحب لقضم الأظافر ، وأن يقوم بعد ذلك بتطبيق إجراءات السيطرة من خلال الإشارة ، وهي الزفير مع ترديد الكلمة الدالة بصوتٍ غير

مسموع : اهدأ (Calm) (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩) .

٧ - والجدير ذكره أنه لا بد من عدم مبالغة الوالدين في الانتباه إلى هذه العادة الذميمة ، ولا يعني ذلك تجاهلها تماماً بل إرشاد الطفل إلى التخلص منها شيئاً فشيئاً ، لأننا إذا بالغنا في أهمية ذلك الأمر أدى هذا إلى توجيه أنظار الأسرة كلها إلى الطفل لمناقشة أمره ويرون في ذلك شذوذاً ، فيستمد الطفل من هذا الأمر جانباً من الرضا اللاشعوري . فأشد ما يقوي العادة عند الطفل هو تكرار نهيه عنها ، وهذا ما يؤدي به إلى العناد والمقاومة ، خاصة إذا كان النهي مصحوباً بالتهديد والوعيد ومشاعر النبذ والكراهية والاشمئزاز .

٨ - بالإضافة إلى ذلك فلا بد من العمل على تخليص الأطفال من مشاعر العدائية التي تكون موجهة إلى الوالدين من خلال اللجوء إلى عادة قضم الأظافر كظاهرة تنفيسية نتيجة الشعور بالقلق والشعور بالذنب . وإذا أراد الوالدان تغيير عادة قضم الأظافر عند أبنائهم فلا بد أن يغيروا هذه العادة السيئة عند أنفسهم (بالنسبة إلى الآباء الذين يقضمون أظافرهم) ، لأن الأطفال يحاكون آباءهم أيضاً عندما يقلعون عن هذه العادة .

٩ - وقد يفيد الإيحاء في علاج قضم الأظافر عند الأطفال عن طريق استخدام « جرامفون » يُوضع في حجرة الأطفال بعد أن يستغرقوا في النوم والذي يُكرر باستمرار « لن أقضم أظافري ، فقضم الأظافر عادة قذرة ، ولن أقضم أظافري مرة أخرى » . وتُدار الأسطوانة عند نوم الطفل ثم تُوقف قبل أن يستيقظ في الصباح . ويرى آيزنك (١٩٦٤) أن عدداً كبيراً من الأطفال قد أقلع عن قضم الأظافر بهذه الطريقة .

كما يرى آيزنك أيضاً أنه بالإمكان إخراج عادة قضم الأظافر من ميدان اللاشعور من خلال الإلتفات إليها والنظر عن قرب على كل تفاصيلها . فقد استخدم « دونلاب » هذا الأسلوب في التخلص من قضم الأظافر والتدقيق ، حيث يطلب من الطفل أن يقضم أظافره بإصرار وذلك عند ذهابه إلى عالم النفس والجلوس أمامه لمدة نصف ساعة يومياً . وسرعان ما اختفت ظاهرة قضم الأظافر عند الأطفال وبدأ الشفاء ثابتاً نسبياً .

رابعاً : اللازمات العصبية أو التقلص اللاإرادي في العضلات (Tics) :

مفهوم اللازمة العصبية ومظاهرها :

اللازمة كما يرى آشر Ascher (١٩٧٤) هي عبارة عن تقلص في العضلات المخططة ، تحدث فجأة ولفترة محددة . كما تتميز بأنها لاإرادية وليس لها هدف واضح ، وتحدث بشكل قهري تكون عادة في أحد الأطراف العلوية أو في الوجه ، تظهر على شكل رمش العين ، ورفع الجفون أو تحريك الرأس أو الرقبة بشكل فجائي ، أو تحريك الأنف أو جوانب الفم أو تحريك الكتف ، وكذلك تغضين الجبهة ، وليّ الفم بعنف ، وقد تشمل كل جزء من أجزاء الجسم تقريباً في الحالات المتطرفة .

وهناك أيضاً اللازمات اللفظية والتي تظهر على شكل أصوات متكررة (أي ترديد عبارات بشكل متكرر) مثل : « أنت تعرف ، أليس كذلك » واللازمات العصبية غير مؤلمة ولا تؤدي إلى تلف في العضلات (ضمور) .

ولهذا نرى بأن اللازمة العصبية عبارة عن ظاهرة نفسية ـ جسمية تظهر على شكل تقلص في العضلات أو على شكل تكرار ترديد عبارات معينة بصورة فجائية وبشكل قهري ولا إرادي دون أن يكون لها هدف واضح ، وتستمر لفترة تطول أو تقصر . والملاحظ بأن الأطفال الذين يُعانون منها غالباً ما يكونون قلقين ، واعين لذواتهم وحساسين ، وعنيدين وشديدي الاعتماد على الآخرين .

وأظهرت الدراسات أن حوالى ١ ٪ تقريباً من مجموع السكان يعانون من اللازمات العصبية Azrine ، (١٩٧٣) ، وأكثر فترات حدوث هذه اللازمات ما بين ٦ ـ ١٢ سنة ، حيث يعاني١,٠٪ من الأطفال منها ، وتبلغ ذروة انتشارها ما بين ٧ ـ ٩ سنوات . ومما هو جدير بالذكر فإن مستقبل هذه اللازمات على المدى الطويل مطمئن حيث أنها تستمر فقط مع ٦ ٪ من الأطفال حتى سن الرشد، ولكن الأمر غير مطمئن عند من يُعانون من لازمـات متعددة . ومن الملاحظ أن هذه اللازمات العصبية أكثر انتشاراً عند الأطفال في حالة التوتر وكثيراً ما تُصاحب بعض الأمراض المعدية الحادة ، وكذلك عند ذوي الخبرات الانفعالية المؤلمة

والشديدة بعد سن الثالثة من العمر . وهذه اللازمات لا تظهر في أثناء النوم . وقد أثبتت الدراسات أن حوالى ٥٠ ٪ من الأطفال الذين يُعانون من اللازمات وتشنجات ورفض عصبي يظهر رسم الموجات الكهربائية الدماغية عندهم انتشاراً غير طبيعي ، وهذا يعني أن موجاتهم الدماغية لا تعمل بشكل طبيعي ، إلا أنه لا توجد نتائج هامة يمكن أن تُشير إلى وجود ورم دماغي أو آفة صرع » (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩) .

وظهور اللازمة يجب أن يُنظرُ إليها بشكل جدي كظاهرة نفسية جسمية حدثت بسبب خطأ تطور النمو الحركي (عبد الرزّاق ، ١٩٨٧) . إنها تظهر على شكل إيقاف غير متناسق لأنها تظهر فجأة وبشكل لا إرادي .

تظهر اللازمة الحركية أو اللفظية عند الإناث في بداية ظهور العادة الشهرية نتيجة نقص في المعلومات لدى الفتاة عن هذه العادة .

ولا بد من التمييز بين اللازمات وغيرها من الأعراض المتصلة بالأعصاب مثل التقلصات اللاإرادية للعضلات ، والرعشات . كما لا بد من عدم الخلط بين التقلصات الناتجة عن الهستيريا التحويلية ، وعصاب الوساوس القهرية ، والاضطرابات الشديدة في الشخصية والتي تكون في الغالب لاإرادية بحكم كونها قهرية . ولكن يجب الانتباه إلى أن اللازمات تقع دون وعي المريض بها ، في حين أن الفرد يكون واعياً في التصرفات القهرية ، ولكنه عاجز عن التحكم بها . كما أن اللازمات تقاوم معظم أشكال العلاج النفسي ، على عكس الوساوس القهرية ، والاضطرابات الهستيرية التي تستجيب لهذا العلاج (Yates ، ١٩٧٠) .

الأسباب :

تنتج اللازمات العصبية عن مجموعة واسعة ومتشابكة من الأسباب غير أن أكثر هذه الأسباب بروزاً ما يلي :

١ ـ أسباب نفسية :

تظهر اللازمات العصبية في ظروف عدم التوتر ، ولكن زيادة التوتر تؤدي عادة إلى زيادة تكرار اللازمات .

فالضغوط النفسية التي يواجهها التلميذ في المدرسة والناتجة عن عدم قدرته على تلبية جميع المطالب المفروضة عليه ، هذا الشعور بعدم الكفاءة المصحوب بمشاعر الارتباك والخجل قد يؤدي إلى تطوير اللازمات عنده ، فاللازمات يمكن اعتبارها استجابة جسمية طبيعية للتوتر . وقد دلت الدراسات أن العديد من الأطفال يستجيبون لانتقادات المعلم على اعتبارها خبرة انفعالية سلبية جداً ، إذ كثيراً ما تتطور اللازمة في جوٍ صفي متوتر .

كما تتطور اللازمات العصبية عند الأطفال نتيجة سلوك المضايقة والمنافسة التي يقوم بها الزملاء في المدرسة التي لا يستطيع البعض التكيف بشكلٍ مناسب مع مثل هذه المواقف ، فهم بحاجة إلى هؤلاء الزملاء من أجل الصحبة ، ولكنهم في الوقت نفسه يشعرون بالتوتر المستمر نتيجة لصحبتهم . بالإضافة إلى ذلك فقد تتطور اللازمات عند الطفل نتيجة صدمة انفعالية يتعرض لها . لذا فإن الفقدان المفاجيء لشخصٍ عزيز (موت) ، أو رحيل أحد الأقارب الحميمين (أب أو أم) ، يؤدي إلى ردودِ فعلٍ عصبية ـ عضلية تتجلى على شكل لازمات أحياناً .

بالإضافة إلى ذلك فإن أي خبرة مخيفة قد تؤدي إلى الانسحاب الدفاعي لبعض المجموعات العضلية . وقد يكون الارتعاش (اللازمات) متنفساً للتوتر العضلي ، أو قد يصبح نشاطاً مألوفاً يؤدي إلى صرف الانتباه عن الأمور غير السارة إلى حدٍ ما . والأساس في ذلك أن الحركة تصبح عادة يتم القيام بها بشكلٍ متكرر ، ويؤدي هذا إلى تقوية عضلات محددة وإلى ضعف العضلات المعاكسة وبالتالي تصبح اللازمة قوية ومن الصعب التوقف عنها .

لذا فإن رمش العين المتكرر مثال على اللازمات والتي تظهر نتيجة خوف الأطفال عند رؤيتهم حادثاً ما . فالرمش هو رد فعل انعكاسي للخوف يحاولون به إبعاد النظر عن المنظر المخيف ، وبعدئذٍ يتسبب الرمش الزائد عن الخوف البسيط ، ويصبح الرمش المتكرر عادة عامة يظهر حتى في حالة الاسترخاء .

كما أن الرغبات القوية غير المعبر عنها تسبب اللازمات ، حيث أن أكثر مصادر الصراع شيوعاً هي الرغبات الجنسية أو العدوانية غير المقبولة ، حيث يقع الطفل في صراعٍ بين رغبته في التعبير عن رغباته وعدم رغبته في ذلك بسبب القيم الشخصية أو الاجتماعية ، ومثال ذلك الخوف من التعبير المباشر عن الغضب الذي يتطور ليصبح لازمة لفظية مثل صوت النخر (أو تنظيف الحنجرة) وكلمات

السباب والشتائم وإزعاج الناس بذلك ، وهي طرق رمزية للتعبير عن مشاعر القلق . أما حركة أرجحة الكتف أو الذراع فيمكن أن تكون طريقة رمزية للتعبير عن بعض أشكال حركات الضرب فبدلاً من ضرب الغير تصبح الحركة اعتياد البدء ثم التراجع عن ضرب الآخرين . أما أرجحة الرأس فقد تكون طريقة رمزية لقول (لا) للكثير من المطالب التي تبعث على التوتر أو لنفض الأفكار السيئة .

٢ ـ الأسباب البيئية الاجتماعية :

إن علاقة الطفل بوالديه والجو المحيط بهما بوجهٍ عام وما يسوده من التوتر والقلق وبعض العصبية والنشاط الزائد غير المنظم يمكن أن ينعكس على شكل لازمات عند الطفل ، وعادة ما نجد هذه العادات موجودة عند الطفل وعند والديه أو أحدهما . فالأبوان قد يمثلان نماذج يمكن تقليدها ، ومثال ذلك : ظهور اللازمات عند الأطفال (خاصة عند من هم دون سن السادسة من العمر) الذين يُعاني آباؤهم مثل هذه اللازمات أو أشكالٍ أخرى منها . وفي الغالب تظهر اللازمة عند الطفل الذي اشترك في تربيته أشخاص كثر ، ويوصف سلوك الطفل بالخجل في البيت والمدرسة ، وفي أثناء ممارسته للألعاب الرياضية ، حيث يظهر عدم التناسق في الحركات . كما تظهر اللازمة عند الطفل الذي يعاني من تأخر دراسي نتيجة عدم القدرة على تأكيد ذاته بين زملائه ، أو أن يقوم برد الفعل المناسب ، فالفعل يكبت الغضب ولا يظهر غيرته ، ويكبت عدوانه تجاه زملائه ، فتظهر اللازمة لتعبر عن حالته العامة .

كما أن توقعات الوالدين غير الواقعية والمبالغ فيها من الأسباب التي تؤدي إلى شعور الطفل بالضغط ، وإلى حدوث اللازمات العصبية عنده كتنفيس عن هذا الشعور .

كما قد يعزز الوالدان هذه الاستجابات عند الأطفال عن غير قصد ، كأن يظهروا مزيداً من العطف والتعاطف أو الاهتمام أو الانزعاج أو الغضب حين تظهر عند الطفل استجابة اللازمات .

وكلما زاد الاهتمام من قبل الوالدين بسلوك الارتعاش عند أطفالهم كلما زاد ذلك من تعقّد المشكلة ، لذا فإن انتشار اللازمات العصبية عند الأطفال يكون

أكثر عندما يكون الأبوان متزمتين وصارمين ولديهما قلق مرتفع ، لأن هذه الخصائص تمثل نموذجاً يقتدي به الأطفال . فالعقاب والانتقادات التي تتكرر باستمرار للطفل تؤدي إلى جوٍ مشحون بالتوتر وتكون النتيجة ظهور اللازمات عند الأطفال .

كما أن إعاقة حركة الطفل ، ومنعه من التعبير عما يريد من العوامل التي تؤدي إلى حدوث اللازمة .

٣ ـ أسباب عضوية :

يعتقد أن اللازمات العصبية تنتج عن ضعف في الجهاز العصبي المركزي . ولهذا لا بد من التمييز بين اللازمات العصبية وكل من : التشنج ، والارتجاف ، والرقص العصبي ،الناتجة عن أسباب عضوية . فالفحص الطبي يكشف عن هذه الأمراض مثل : (رقصة القديس فينوس أو الحمة الرثية أو الروماتزمية والتي تسبب حركات متكررة) .

الوقاية والعلاج :

هناك مجموعة من الأساليب التي يمكن اتباعها في وقاية الطفل وعلاجه من اللازمات العصبية وأهم هذه الأساليب ما يلي :

١ ـ تشجيع التعبير عن المشاعر الانفعالية :

من أجل عدم تراكم التوتر عند الطفل لا بد من تشجيع التعبير عن المشاعر الانفعالية بحرية . ولهذا لا بد أن يكون للطفل أصدقاء أو راشدون يمكن الثقة بهم . فالطفل قد يلجأ إلى والديه عند مواجهة أي نوع من المشكلات ، وكذلك لا بد أن تكون المشاعر والأفكار التي يدلي بها الطفل مقبولة وقابلة للمناقشة من قبل الوالدين . إلا أن بعض الآباء يجدون صعوبة في الاستماع إلى بعض الأفكار الغريبة ، إلا أنه بالاستماع إلى هذه الأفكار ومناقشتها مع الطفل يمكن الوقاية من مشكلات أكبر، بالإضافة إلى استعادة الطفل لتبصره وتفهمه العام للمواقف .

فالصراعات النفسية حول مشاعر العدوان مثلاً تُعتبر سبباً رئيسياً للتوتر واللازمات . ولهذا فإن مساعدة الأطفال في التعبير عن غضبهم بشكلٍ مناسب يُعتبر أمراً مهماً . فالأطفال الذين يشعرون بالثقة بأنفسهم وبقدرتهم على التكيف

مع المواقف وتأكيد ذواتهم بشكلٍ مناسب ، ليسوا بحاجة إلى التعبير عن الغضب من خلال اللازمات العصبية الجسدية أواللفظية .

وينصح في هذه الحالة تعليم الطفل عن طريق لعب الدور ، وكيفية التعبير عن الغضب بوضوح وبدون معاداة للآخرين بشكلٍ متطرف .

٢ ـ عدم المبالغة في ردود الفعل تجاه اللازمات وتجاهلها :

عند ظهور اللازمات عند الطفل وخاصة في المرات الأولى لا بد من عدم التذمر وعدم العصبية ، وعدم مقارنة الطفل بالآخرين على نحوٍ غير مرغوبٍ فيه .

فردود الفعل المبالغ فيها وغير المناسبة من شأنها أن تقوي اللازمات عند الطفل . كما أن انزعاج الأبوين وغضبهما وشعورهما بالقلق يؤدي إلى خوف عند الطفل بالرغم من أن معظم اللازمات وقتية وسوف تختفي بدون علاج . بالإضافة إلى ذلك فإن الوالدين يحسنان صنعاً عند تجاهل هذه اللازمات في حالة ظهورها عند الطفل . لأن الانتباه إليها والاضطراب بشأنها والتوتر يؤدي إلى تثبيت ذهن الطفل عليها ، ويؤدي أيضاً إلى تثبيتها . ولكن التجاهل لا يعني الإهمال لهذه الظاهرة ، فإذا استمرت لبضعة أيام ، لا بد هنا من استخدام أساليب علاجية أخرى بطريقة هادئة وبعيداً عن العقاب . فقد يكون من المناسب عندما تظهر اللازمة عند الطفل أن يترك الأبوان الغرفة دون أن يعلقا على ذلك بأي شيء ، وهذه الطريقة مفيدة عندما يكون الهدف من وراء اللازمة لفت انتباه المحيطين إليها . والنقطة الجوهرية في ذلك هي أن تتصرف بهدوء دون أن تظهر عليك علامات الغضب .

وهناك طريقة أخرى يمكن أن تكون مفيدة في التغلب على اللازمات ، وهي أن نجعل الطفل يغادر الغرفة عندما تظهر عنده اللازمة ، ويبدو ذلك مناسباً عندما تكون اللازمة مزعجة جداً للآخرين .

٣ ـ خفض التوتر والسيطرة على القلق :

عند ظهور علامات التوتر على الأطفال ، لا بد من العمل على خفضه ، والنظر إلى السبب المؤدي إليه . فقد يكون ذلك عائداً إلى أساليب التنشئة المتبعة مع الأطفال التي تقوم على التزمت والجمود واستخدام العقوبة .

لذلك لا بد من إبعاد العوامل المؤدية إلى التوتر والصراع مثل : تنافس الأشقاء ، أو المشاجرات الأسرية المتكررة . كما لا بد من اتباع سلوك أقل تزمتاً وأقل استخداماً للعقوبة مع الأطفال . فمن المعلوم أن معظم الأطفال الذين تتطور لديهم مثل هذه اللازمات يكونون حساسين جداً وقابلين للاستثارة بسهولة ، وفي مثل هذه الحالات أيضاً لا بد من حصول الأطفال على مقدار كاف من الراحة ، وعلى فترات من الهدوء في أثناء النهار . ولا بد من تطمين هؤلاء الأطفال بأن مواقف القلق والتوتر مسيطر عليها ، لأن مشاعر التشويش والعجز تخيفهم ، ولا بد من طمأنتهم بأنهم محبوبون مما يؤدي إلى حمايتهم من التوتر المرتبط بالتهديد .

كما لا بد عند بداية ظهور اللازمات من تعليم الأطفال كيف يسيطرون على قلقهم ، وكيف يسترخون حتى يشعروا بالهدوء . وهذه الطريقة مفيدة مع الأطفال المتوترين والقلقين بشكل واضح ، وهنا يمكن تدريب الأطفال على كيفية إرخاء العضلات إرخاءً تاماً . وفي بعض الحالات التي يجد فيها الأطفال صعوبة في إرخاء عضلاتهم يمكن تدريبهم على أن يقوموا بشد عضلاتهم ببطء ثم يرخوها بعد ذلك ببطء تدريجي حتى تسترخي تماماً ، ويستمرون في حالة الاسترخاء لفترات تزداد طولاً . ويمكن استخدام ساعة الوقف لضبط الوقت مما يساهم في بقائهم ساكنين لفترات تبدأ من عشر ثوانٍ ، ثم تزداد بمقدار عشر ثوانٍ في كل مرة لتصل إلى بضع دقائق . وينصح أن يرافق الاسترخاء تخيل مناظر سارة حتى ننمي الشعور بالهدوء عند الطفل . وإذا كان بالإمكان معرفة الظروف التي تسبب الحساسية يمكن خفض الحساسية تدريجياً حيث يتم وصف أنواع المواقف التي تسبب التوتر في أثناء استرخاء الطفل ، وفي كل مرة نصف له مناظر تثير التوتر أكثر فأكثر إلى أن يتمكن من الاستماع إلى هذه المواقف دون أن يشعر بالقلق . وهذا ما يساعد الطفل على أن يكون أقل حساسية لأسباب التوتر والتي يمكن أن تكون في مواقف متعددة مثل : الحديث أمام الفصل ، أو مقابلة أناس جدد ، أو سماع مجادلات ، أو اللعب مع الزملاء . . .

٤ ـ المكافآت ومراقبة الذات :

من الطرق المفيدة في علاج اللازمة في بداية حدوثها أن نُكافىء الطفل إذا قضى فترة زمنية من دون أن يقوم بها . ويمكن للآباء والمعلمين وكذلك الأشخاص

المحيطين بالطفل امتداح الطفل ومكافأته عندما لا يظهر اللازمة لفترة زمنية (قد تكون عشر دقائق في البداية) ، وكلما قلّ ظهور اللازمة زيدت الفترة الزمنية ، على أن يقدم المديح أو المكافأة في نهاية هذه الفترة مثل : « حقاً انك تبدو لطيفاً ومسترخياً اليوم ، وكم هو لطيف أن أراك سعيداً وفي وضع جيد » .

ويمكن أن تكون الابتسامة أو لمسة الحنان مكافأة غير لفظية عند عدم إظهار اللازمة ، وعندما تستمر اللازمات فإنه من المفيد إشراك الطفل في تعليم كيفية السيطرة على نفسه ، والطريقة الفعالة في ذلك « مراقبة الذات » التي نجحت كثيراً في حالة اللازمات البسيطة وحالات اللازمات المتعددة مثل لازمات (توريت)[1] (Tourette's Syndrome) ، وتعتمد هذه الطريقة على تدريب الطفل بضعة أيام ليصبح واعياً إلى اللازمة ويقوم بتسجيل عدد مرات حدوثها.

وفي البداية يمكن أن يقوم الوالدان والمعلمون بملاحظة اللازمة وتسجيل مرات ظهورها ، ويمكن أن تكون الفترات المأخوذة كعينة ما بين ١٠ - ٢٠ دقيقة . لذا يمكن مراقبة الطفل لمدة ١٠ دقائق ويسجل على دفتر صغير كل مرة تظهر فيها اللازمة مما يكوّن لدينا فكرة عن مدى تكرار اللازمة . وعندما يعلم الطفل كي يكون واعياً إلى اللازمة الموجودة عنده ومرات ظهورها . فمجرد عدّ مرات ظهورها اللازمة يمكن أن يؤدي إلى تناقصها بشكل واضح وإلى اختفائها تماماً . وتصدق هذه الطريقة في حالة معالجة اللازمات حديثة الظهور والتي لم يمض على وجودها أكثر من بضعة أسابيع أو أشهر .

٥ - تعلّم استجابات منافسة بديلة :

تُعتبر هذه الطريقة كما تُشير البحوث الحديثة أكثر الطرق فعالية في معالجة اللازمات ولو أنها تحتاج إلى جهد أكبر من الطرق الأخرى . وهذه الطريقة شكل من أشكال التصحيح الزائد (Over correction) . وتتلخص هذه الطريقة في أن يعلم الأطفال ممارسة استجابة تنافس الإستجابة الخاطئة (اللازمة) بشكل مباشر ، بحيث تجعل هذه الاستجابة المنافسة الشخص أكثر وعياً بالمشكلة التي

(١) وهي الحالة التي توجد فيها رعشة عضلية وصوت لفظي ، وتبدأ عادة بحركات تقلص عضلات لاإرادي في الرأس ومن ثم تنتشر إلى باقي أنحاء الجسم ، ثم يتم إحداث صوت متكرر مثل تنظيف الحنجرة أو الأنف أو الصفير أو النخير ، وأكثرها شيوعاً هو صوت السعال .

يُعاني منها ، وتكون متعارضة مع المشكلة بحيث لا تحدث هذه المشكلة (اللازمة) في أثناء حدوث الاستجابة البديلة أو المعارضة ، وأن تستمر في البقاء دقائق دون أن ينتبه إليها الآخرون ، وألا تتعارض مع النشاطات المعتادة عند الطفل . وهنا يتم إعلام الطفل بأنه سوف يقوم بممارسة سلوك يعمل على تعطيل العادة السابقة أو ينافسها . وهنا لا بد من عدم استخدام الشكوى أو التوبيخ إطلاقاً .

فلمعالجة لازمة أرجحة الرأس مثلاً يتم الإمساك بالذقن لمنع حركتها وخفضها للأسفل بشكل غير ظاهر بقدر الإمكان ، بحيث يتم إحداث توتر العضلات مع بقائها في حالة سكون قدر الإمكان . وفي حالة أرجحة الأكتاف تُثبت الأكتاف للأسفل بقوة . وفي حالة رمش العين أو الارتعاش يتم إحداث العضلات المعارضة للعين أو الخد ، أو أن تقوم بالارتعاش بشكل طوعي ، والاحتفاظ بالعين مفتوحة على سعتها ما بين الرمشات . وفي حالة أصوات الحنجرة المختلفة ، فإن التنفس الهادىء هو الاستجابة المنافسة ، على أن يبقى الفم مفتوحاً بشكل بسيط ، وتتم ممارسة التنفس الهادىء بحيث لا يكون هناك انقطاع لتدفق الهواء دخولاً وخروجاً ، وهو شبيه بالتنفس الإيقاعي في أثناء السباحة ، حيث يكون التوقف عن التنفس غير مناسب .

٦- العلاج بالعقاقير « Drugs » :

لقد تم وصف عقاقير متنوعة لمعالجة اللازمة البسيطة ، بالرغم من أن البعض يرى أنها ذات فائدة محدودة ويخشون من استخدامها . وتتضمن العقاقير المستخدمة ما يلي :

بيتروفينونز (Butyrophenones) وفينوثيازينز (Phenothiazines) وميثيل فينيدايت (Methyl Phenidate) ودكسترو أمفيتامين (Dextroamphetamine) والهالوبيريدول (Haloperidol) ، وهذا العقار الأخير كان ناجحاً في علاج اللازمات البسيطة واللازمات المتعددة في تلازم « توريت » . وذكرت التقارير أن استخدام « هالوبيريدول » مع الأطفال والمراهقين أظهر تحسناً بمقدار ٨٠ ٪ عند من يُعانون من تلازم « توريت » (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩) .

خامساً : النشاط الزائد Huperactive :

مفهوم النشاط الزائد ومظاهره :

يُعرِّف شيفر (١٩٨٩ ، ص ٦) النشاط الزائد « بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المقبول » . إنه متلازمة (تناذر Syndrome) مكون من مجموعة اضطراباتسلوكية ينشأنتيجة أسباب متعددة نفسية وعضوية معاً .

فالنشاط الزائد عبارة عن حركات جسمية عشوائية وغير مناسبة تظهر نتيجة أسباب عضوية أو نفسية ، وتكون مصحوبة بضعف في التركيز وقلق وشعور بالدونية وعزلة اجتماعية . فالشيء الهام الذي يجب الانتباه إليه هو أن النشاط الزائد يظهر من خلال النشاط غير الملائم وغير الموجّه بالمقارنة مع سلوك الطفل النشط الذي تتسم فعالياته بأنها هادفة ومنتجة . فكثيراً ما يذكر الأبوان بأن طفلهما لا يستقر ولا يهدأ ، وأنه دائم التجوال في المكان ، حيث يتسلق الجدران ، ويتكرر فشله في إتمام المهمات الموكلة إليه . وقد ذكر في إحصائيات انكلترا أن هناك ما يقرب من ٣٠ ٪ من الأطفال يوصفون بفرط النشاط من قِبل ذويهم (الحجار ، ١٩٨٧) .

ولكن الشيء المهم هو نوع النشاط الذي يوجد عند الطفل وليس مستوى النشاط ذاته ، فالعشوائية في النشاط والسلوك غير الموجه نحو هدف ، وعدم الامتثال للنظام ، مثل نظام الصف ، أو مواعيد طعام الأسرة هو المعيار الذي يمكن من خلاله أن نحكم على النشاط الزائد عند الطفل والذي يُعتبر من المشكلات اليومية التي تُعاني منها الأسرة والمدرسة .

وقد أظهرت الدراسات أن النشاط الزائد يكثر عند الذكور وعند أبناء الطبقات الفقيرة عما هو عند الإناث وأبناء الطبقات الغنية . ودلّت الإحصاءات أن حوالى ٥ ٪ - ١٠ ٪ من جميع الأطفال لديهم نشاط زائد ، وأن حوالى ٤٠ ٪ من الأطفال يُحالون إلى عيادات الصحة النفسية نتيجة فرط النشاط .

والجدير ذكره أن فرط النشاط واسع الانتشار ويُعتبر أمراً طبيعياً عند أطفال عمر السنتين إلى ثلاث سنوات ، وهو منتشر أيضاً عند الأطفال الأذكياء جداً والذين يميلون إلى الاستكشاف وحب المعرفة مما يعرضهم للانتقاد من قبل الراشدين .

ولهذا يجب عدم التسرع والحكم على الطفل بأن ما يوجد لديه من نشاط زائد يدل على اضطراب في السلوك إذ غالباً لا يكون كذلك . فالطفل بطبيعته لديه طاقة زائدة ولا بدّ أن يتحرك ، ويلعب ، وقد يسبب الأذى أحياناً (بدون قصد) مما يجعل هذا السلوك غير محتمل عند الأم المكتئبة ، أو في الأسر الكثيرة الأولاد ، أو بالنسبة إلى الأم ذات الاستعداد الوسواسي المسبق .

ومن الملاحظ أن النشاط الزائد عند الأطفال يتناقص تدريجياً مع النمو في العمر ويكون أقل بشكل واضح في سن المراهقة ، إلا أنه قد يستمر لدى البعض حتى سن الرشد مصحوباً بضعف القدرة على التركيز .

الأسباب :

الأسباب المحتملة في تفسير النشاط الزائد عند الأطفال كثيرة ومتشابكة ولكن يمكن إيضاحها وتلخيصها فيما يلي :

الأسباب العضوية :

يتّصف الأطفال زائدو النشاط بانخراطهم في كل موقف يتواجدون فيه ، ولكن يتميز سلوكهم بانتباه ضعيف وقصير المدة (عدة ثوان) ، وتشتت في الأفكار ، كما أنهم يظهرون انبساطية اجتماعية ، ويتميزون أيضاً بسلوك اندفاعي أهوج غير مسؤول . ويكثر هذا الاندفاع عند المصابين بداء الصرع ، والاضطرابات العصبية ، وعند المتأخرين عقلياً ، وعند الأطفال الأسوياء العصبيين . وهنا يمكن القول بأنّ المزاج الموروث من الوالدين يمكن أن يكون له دور هام في تفسير هذا النشاط .

كما يعتقد أنّ من يعانون من خلل وظيفي في الدماغ تظهر لديهم حالات فرط النشاط .

كما أنّ فرط النشاط قد ينشأ من الصدمات على الرأس أو نتيجة التسمم مثل الانسمام الدرقي ، وداء رقص سايدنهايم (Sydenham's chorea) .

كما أنّ التسمم بالرصاص يزيد من النشاط نتيجة الخلل الذي يحدث في الدماغ . إلاّ أنّ التأثير السمي تحت السريري بالرصاص لا زال غامضاً وغير واضح (الحجار ، ١٩٨٧) .

كما بينت الدراسات أيضاً أنّ الأطفال ذوي النشاط الزائد تظهر لديهم موجات في التخطيط الكهربائي للدماغ غير منتظمة (E . E . G) ، وقد تكون لديهم اضطرابات في إفراز الغدد ، أو ورم في الدماغ .

الأسباب النفسية :

هناك أيضاً أسباب نفسية كامنة وراء النشاط الزائد عند الأطفال نذكر منها ما يلي :

أ ـ القلق : وهو كثير الحدوث وظاهر عند الأطفال زائدي النشاط ، حيث أن الهياج وعدم الاستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الأطفال .

ب ـ وجود الطفل في مؤسسات اصلاحية لمدة طويلة والذي ينعكس أحياناً على تكيفه وتوافقه مع الآخرين ، والذي يكون غالباً تكيفاً غير سوي .

ج ـ الرفض المستمر للطفل واشعاره بالدونية وعدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم معنوياته مما يجعله ينسحب إلى عالمه الخاص ، ويحاول الانتقام من الآخرين .

د ـ بالإضافة إلى ذلك فإنّ معظم الاضطرابات التي تبدو عند الأطفال والتي تكون على شكل نشاط زائد تكون عند من يتميزون بضعف الذكاء ، والذي يكون متلازماً مع الضعف في التركيز (تركيز الانتباه) ، والذي غالباً ما ينتج عن الإحباط الذي يصادفه هؤلاء الأطفال في التحصيل الثقافي .

ولكن قد يظهر النشاط الزائد عند الأطفال ذوي الذكاء العالي والأطفال الموهوبين ولكن انتشاره يكون أكثر عند الأطفال ذوي الذكاء المنخفض ، فالطفل المتميز الذكاء يظهر طاقة موجهة وهادفة ، وليس نشاطاً عابثاً وغير موجه .

الأسباب البيئية ـ الاجتماعية :

تعتبر الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل من العوامل المشجعة أو المثبطة للنشاط الزائد أو تفاقم الحالة لديه ، أو المعززة لتنمية النشاط الهادف عنده . ولهذا يمكن أن نلاحظ عدة أسباب بيئية لفرط النشاط عند الطفل نذكر منها ما يلي :

أ ـ سوء العلاقة بين الطفل ووالديه أو بينه وبين الآخرين بشكل عام ، والذي قد ينجم عن صعوبات في تكيفه مع هؤلاء أو حدة طبعه ، مما يترتب عليه ردود فعل مختلفة من الوالدين بشكل خاص والآخرين بشكل عام .

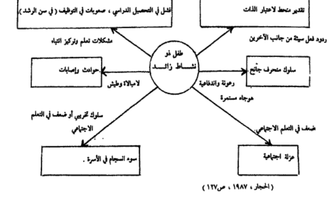
ب ـ ثمّ إنّ العلاقات الأسرية المفكّكة والتي يكثر فيها الخصام ، أو قد تؤدي إلى الطلاق يجعل الطفل حائراً ، ويفكر كثيراً في مثل هذه المشكلات مما يشتت انتباهه عند تكليفه بالمهمات المختلفة ، ويجعله طائشاً لا هدف له من وراء الأفعال التي يقوم بها .

جـ ـ كما أنّ الرفض المستمر للطفل نتيجة الخلافات بين الوالدين يجعل الطفل ضحية هذه الخلافات ويؤدي به إلى الهروب من مثل هذه الأجواء ، وفي الغالب يصبح طفلاً متهوراً في أفعاله وأقواله ، لأنّ التوجيه الوالدي غير موجود ، وكذلك التعزيز للسلوك السوي غائب ، ممّا يجعله يقوم بنشاطات وأفعال لا يرضى عنها المجتمع .

الآثار المترتبة على النشاط الزائد عند الطفل :

من خلال الشكل رقم (٣) نلاحظ أنّ هناك الكثير من الآثار السيئة التي تترتب على النشاط الزائد عند الطفل ، فقد نجد عند الطفل تقديراً منحطًا لذاته ، وكذلك فشلاً في التحصيل الدراسي ، وسلوكاً منحرفاً جانحاً ، بالإضافة إلى العزلة الاجتماعية ، وسوء الانسجام داخل الأسرة بالإضافة إلى كثرة الحوادث والإصابات التي يتعرض لها .

شكل رقم (٣) بعض نتائج وعقابيل النشاط الزائد الشديد في الطفولة



(الحجار ، ١٩٨٧ ، ص١٢٧)

طرق الوقاية والعلاج :

يكون النشاط الزائد عند الطفل سوياً عندما يكون محصوراً في موقف معين من المواقف وعندما يكون حاصل الذكاء عادياً ، ولكن هذا النشاط يكون له تأثير في الشخصية دون أن تصل إلى حد الاضطراب النفسي . ولكن عندما يكون النشاط الزائد معمماً في كل المواقف وشديداً ، وحاصل الذكاء منخفضاً ، وفي العائلة ما يشير إلى وجود الاضطراب في العلاقات الأسرية ، حينئذ يمكن أن تنبىء هذه المؤشرات بوجود الاضطراب النفسي عندما يبلغ الطفل سن المراهقة والرشد .

وعلى أية حال يمكن اتخاذ بعض التدابير الاحتياطية ـ الوقائية والعلاجية في حالات وجود هذه الاضطرابات السلوكية والتي من شأنها التقليل منها أو علاجها في حالة حدوثها . وأهم هذه التدابير ما يلي :

١ ـ تهيئة بيئة صحية مناسبة للأم الحامل :

فقد أوضحت الدراسات أنّ الحالة الجسمية والعقلية للأم الحامل لها تأثير مباشر في مستوى نشاط الطفل وقدرته على التركيز .

كما إنّ إصابة الأم بالأمراض في أثناء الحمل أو تعاطيها العقاقير ، أو تعرضها للقلق والتوتر الشديدين ولفترات طويلة يمكن أن يؤدي إلى النشاط الزائد عند الطفل في السنوات الأولى من عمره .

ولهذا لا بد من توفير الغذاء المناسب للأم الحامل ، وابعادها عن القلق والتوتر ومنعها من تناول العقاقير دون استشارة طبية . بالإضافة إلى ضرورة ابعاد الطفل عن الإثارات غير المناسبة (كالصوت المرتفع ، والشجار المستمر ، والخبرات غير الصحية . . . الخ) ، وتجنب النقد المستمر للطفل والعمل على تقبله وتحمل ما يصدر عنه من حركات طبيعية من قبل الأهل .

٢ ـ ضرورة تعليم الطفل نشاطات هادئة :

على الآباء والمربين ضرورة تعليم الطفل نشاطات هادئة ، من خلال التعزيز الإيجابي للسلوك البناء الصحيح ، والثناء على أي انجاز يحققه الطفل في سنواته الأولى مما من شأنه أن يقوّي السلوك الصحيح الفعال .

بالإضافة إلى ذلك فإنّ الطفل يتعلم من والديه وأخوته الكبار هذه النشاطات البناءة الفعالة عن طريق القدوة ، إذ أنّ مستوى نشاط الأهل ومدى فعالية نشاطهم يمثل نموذجاً يحتذيه الطفل في سلوكه من خلال الملاحظة لسلوك الأهل .

كما يرى شيفر (١٩٨٩) أنّه يمكن للوالدين توضيح كيفية استخدام اللغة كموجه للسلوك الهادف مثلاً (يجب أن انتهي من هذا وبعد ذلك سأستريح) ، كما تستخدم اللغة أيضاً كأداة للمتابعة الذاتية مثلاً « هذه لم يتم انهاؤها بشكل مناسب ، لذا علي أن أصلحها » .

٣ ـ التعزيز اللفظي للسلوك المناسب :

عندما يقوم الطفل بأي سلوك هادف لا بد للوالدين من إثابته بشكل فعال ومناسب وبسرعة مثلاً : (رائع لقد قمت بهذا النشاط على خير ما يرام) .

وعندما ينجز الطفل الأعمال الموكلة إليه لا بد للوالدين أن يظهرا الارتياح والسرور لهذا الإنجاز . ولهذا يمكن للوالدين تحديد الأهداف اليومية للطفل ، وامتداح أي جهد يبذله لتحقيق هذه الأهداف مثلاً : لقد حاولت ما بوسعك أن تكون هادئاً هذا المساء ، ويوضحا للطفل مدى التحسن الذي أظهره فيما يتعلق بالهدوء والنشاط الهادف . ولا مانع من أن يعد الوالدان الطفل بتقديم المكافآت في حالة تكرار السلوك الهادف والهادىء والمرغوب فيه . ولا مانع من أن يقوم الوالدان بتسجيل تكرار السلوك الهادىء الذي يظهر عند الطفل ويعززان السلوك بعد كل عدد معين من هذه التكرارات ، بالإضافة إلى خسارة معينة نتيجة ظهور النشاط الزائد غير الهادف . ويمكن لذلك بالتعاون بين البيت والمدرسة استخدام نظام النقاط مع الأطفال ذوي النشاط الزائد وتقديم التعزيز بعد حصول الطفل على عدد معين من هذه النقاط مثلاً[1] :

السلوك	ما يحصل عليه الطفل
ـ لا يترك مقعده دون إذن .	ـ نقطة واحدة لكل عشر دقائق .
ـ يكمل المهمات .	ـ نقطتان عن كل واجب قام بأدائه أو عمل أنهاه دون مساعدة أو تركيز

٤ ـ أن تكون التعليمات المقدمة للطفل واضحة :

عند تقديم التعليمات للطفل من قبل الأهل ليقوم بعمل ما لا بد أن تكون هذه التعليمات واضحة ليعرف الطفل ما هو المطلوب منه بالضبط ، بالإضافة إلى وصف السلوك المرغوب بشكل واضح وبهدوء مثلاً : « إنّ عدم الاستمرار في هذا العمل قد يعوق انجازه في الوقت المحدد » أو « عندما تشعر بالتوتر تنفس بعمق وانظر من النافذة فسوف تهدأ ثانية » .

---

(1) شيفر ، شارلز ، وهوارد ميلمان : مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها ، ترجمة نزيه حمدي ، ونسيمة داؤود ، الجامعة الأردنية ، ١٩٨٩ .

ولهذا فإنّ معرفة الطفل ما يريده الوالدان وإمكانية التنبؤ بذلك يشعر الطفل بالأمن والهدوء . ولذلك يجب على الوالدين الاتفاق مبدئياً على أن تكون استجابتهما للطفل متوافقة ، وعندها سيتعلم الطفل أنّ الاستجابات الموجبة من كلا الأبوين سوف تتبع السلوك الهادف غير العشوائي .

كما أنّه من الضروري تهيئة الطفل قبل الإقدام على العمل بأسلوب جيد يساعده على التركيز على نشاط محدّد . مثلاً قبل الدخول إلى محل تجاري يمكن للأب أن يقول لابنه « عليك أن تبقى معي ، وسوف تلاحظ بأنّ هناك ازدحاماً وضجيجاً ما ، ولكن هذا لا يعنيك عليك أن تبقى هادئاً ، ولا يسمح هنا بلمس أو حمل أي شيء قبل شرائه . . . إلخ » .

بالإضافة إلى ذلك لا بد من تقليل المشتتات الموجودة في غرفة الطفل ، وأن نحدّد أماكن الأشياء في غرفته (وبخاصة الصغار منهم) ، ووضع أسماء على الأشياء الموجودة في الغرفة .

٥ ـ ضبط السلوك من خلال المراقبة الذاتية :

إن حديث الطفل مع نفسه من الطرق الفعالة في السيطرة على النشاط الزائد ، فبدلاً من أن يتحرك الطفل بشكل غير هادف يمكن أن يخبر نفسه ماذا يجب أن يفعل بصوتٍ مرتفع أولاً ، ثم بصمتٍ فيما بعد كأن يقول لنفسه : « أريد أن أنهي هذا العمل ، لذا يجب عليّ أن أنتبه ، وسوف ألعب فيما بعد » ، ويمكن تذكيره قبل القيام بالعمل بالقول: « قف وفكر » أو « ما الذي كان عليّ أن أفعله » . . . إلخ .

٦ ـ العلاج الدوائي :

يكون الطفل الزائد النشاط أحياناً ضعيف التركيز في الانتباه ويُعاني من شرودٍ في الذهن مما يجعله قليل النجاح في أي عملٍ يُكلف به ، وتكون الجهود العلاجية بالتعليم قليلة النجاح . ولهذا لا بد من العلاج بالأدوية .

فقد أثبتت الدراسات أن أفضل دواء لعلاج النشاط الزائد عند الأطفال هو ميثيفينيدات Methyphenidate يومياً بمقداره ٠,٢٥ ـ ١,٠٠ ملغ / كغ من الجسم ، أو أي دواء مماثل له من الأدوية المنشطة للجملة العصبية مثل : بيمولين Pemoline أو دكسامفيتامين Dexamphetamine . فقد أثبتت التجارب أن

المعالجة التجريبية بمثل هذه المنشطات لمدة ٦ ـ ١٢ أسبوعاً أظهرت تحسناً واضحاً على سلوك المتعالجين سواء في مستوى الإدراك والسيطرة الحركية أو في درجة تركيز الانتباه في الأعمال المتكررة (الحجار ، ١٩٨٧) . ولكن هناك محاذير من استخدام المنشطات العصبية وآثار جانبية لها ومن ضمنها : ضعف القابلية للطعام ، والأرق ، واضطرابات النوم ، وعدم الاستقرار النفسي. كما أن المقادير العالية من المنشطات العصبية الضابطة للسلوك والمحسنة للأداء قد تحدث خللاً في تركيز الانتباه .

أما وصف المهدئات النفسية من صنف البنزوديازبين Benzodiazepine فلا بد من تجنبه نظراً لعدم فائدتها عند معظم الأطفال ذوي النشاط الزائد .

أما المهدئات القوية مثل : الكلوربرومازين ، والهالوبريدول Haloperidol فلها تأثير جيد في ضبط النشاط الزائد عندما تفشل المعالجة بالمنشطات العصبية ، وغالباً تكون المقادير الدوائية القليلة هي الأفضل (٠,٠٢ ـ ٠,٠٨ ملغ / كغ من وزن الجسم) في دواء هالوبريدول (الحجار ، ١٩٨٧) .

ولكن مهما كانت فعالية المعالجة الدوائية فلا بد من استخدام العلاج النفسي الأسري في حالة اضطراب النشاط السلوكي عند الطفل .



الفصل السابع :

مشكلات السلوك اللااجتماعي
عند الأطفال

ـ مقدمة .
أولاً : السرقة
ثانياً : الكذب
ثالثاً : التمرد أو العصيان
رابعاً : العدوان .



الفصل السابع

مشكلات السلوك اللااجتماعي عند الأطفال

ـ مقدمة :

إن السلوك اللااجتماعي يضع الطفل في حالة صراع مع المجتمع ، والذي قد ينمو ويتطور من خلال المجتمع الذي يفضل أحياناً التنافس على التعاون ، والذاتية على الغيرية . فالطفل تكون لديه عادة الطرق المناسبة للتصرف إلا أنه بحاجة إلى أن تكون لديه الدافعية للقيام بها . فقد ثبت أن الاستخدام المشروط للمكافآت والعقوبات ، والتجاهل والنمذجة للسلوكات الاجتماعية المرغوبة هي أساليب فعالة في خفض التصرفات اللااجتماعية « السرقة ، الكذب ، العدوان . . . » فقد دلت الدراسات أن الأسر المفككة أو فقد أحد الوالدين لفترة طويلة يؤدي غالباً إلى سلوكات لاإجتماعية عند الأطفال لأن ذلك يعني قطع علاقة هامة جداً، ولا يعرف الطفل كيف يتعامل مع ذلك إلا بالنضال ضد المجتمع .

فالطفل الذي يشعر بالبؤس الناتج عن فقد أحد الوالدين يلجأ أحياناً إلى القيام بسلوك لاإجتماعي مثل : السرقة أو الانحراف .

كما أن الأباء الذين يغضون أبصارهم أو يغفرون السلوكات اللااجتماعية يتناسون أنهم يعدون الطفل لنمط حياة جانحة .

بالإضافة إلى ذلك فإن وصم الطفل أو تصنيفه على أنه « منحرف أوسيىء» بسبب سلوكات لاإجتماعية محددة مثل : سرقة أشياء تافهة تنمي عنده مفهوماً سالباً عن الذات ، وما إن يرى الطفل سلوكه سيئاً حتى يستمر بالتصرف وفقاً لهذه الطريقة ويبحث عن الآخرين الذين يتسمون بهذا السلوك ليتزامل معهم .

ولهذا لا بد من عدم المبالغة في ردود الفعل تجاه هذه الأفعال التي يقوم بها الطفل ، ولا بد من السيطرة على انفعالاتنا وعدم أخذ هذه السلوكات على أنها مؤشرات بأننا آباء فاشلون .

ومن المفضل عند حل مشكلات الطفل أن نختار سلوكاً محدداً سيئاً لمعالجته ويكون هذا السلوك الأكثر حدوثاً عند الطفل ونعمل على معالجته وأن نكون مرنين في ذلك وأن تكون لدينا النية الصادقة في تخليص الطفل مما يعانيه من سلوك لاإجتماعي .

وفيما يلي سوف نتطرق إلى أهم مشكلات السلوك اللاإجتماعي والتي يكثر ظهورها عند الأطفال بشكل خاص وهي :

أولاً : السرقة Stealing :

مفهوم السرقة ومظاهرها :

تُعتبر السرقة عند الأطفال من المشكلات الاجتماعية الحساسة التي تستلزم الوقوف عندها ، والتعرف على الدوافع الأساسية الكامنة وراءها ، لأن تأصل هذه المشكلة عند الأطفال قد تدفعهم مستقبلاً إلى ارتكاب أخطاء جسيمة تؤثر في المجتمع ، وفي نظرة الآخرين إليهم ، وعلاقتهم الاجتماعية بالآخرين ، وقد تتطور لتصبح مرضاً بحد ذاته من الصعب للفرد أن يتخلص منه بسهولة . وقد عرّف ياسين (١٩٨٨ ، ص ٤٨٠) السرقة بأنها « العدوان المقصود أو غير المقصود على ملكية الآخرين » .

فالسرقة مشكلة اجتماعية تظهر على شكل اعتداء شخص على ملكية الآخرين بقصد أو بدون قصد بغرض امتلاك شيء لا يخصه. وحتى يوصف هذا السلوك بأنه سرقة لا بد أن يعرف الطفل أن من الخطأ أخذ الشيء بدون إذن صاحبه .

والسرقة قد تكون نوعاً من الاستسلام المتسرع لدافع أو رغبة مؤقتة أو مجاراة لمجموعة من الناس أو قد تكون اضطراباً نفسياً يقوم بها الطفل العصابي . فالسرقة عند الفرد غالباً ما تكون صفة مكتسبة يتعلمها الطفل من معايشته للآخرين وتفاعله معهم كما يحدث لأنماط السلوك الأخرى .

فالطفل إذا لم يدرب في إطار الأسرة على التفريق بين ما يخصه وبين ما يخص الآخرين فإنه من الصعب أن نتوقع منه أن يكون أكثر تمييزاً بين ما يحق له وما لا يحق له خارج المنزل . وسرعان ما يتعلم الطفل بخبرته أن كثيراً من الأشياء محرمة عليه ، غير أنه لا يدرك الأسباب التي أدت إلى هذا التحريم ، ولذلك فإن الخوف

من العقاب وسخطُ الوالدين في مطلع حياة الطفل هو السبب الذي يمنع صغار الأطفال من السرقة . ولكن السرقة تحتاج إلى مهاراتٍ عقلية وجسمية تُساعد الطفل عليها إذا ما توفرت لديه الرغبة في ذلك . ومن هذه المهارات : «سرعة حركة الأصابع ، وخفة الحركة العامة ، ودقة الحواس من سمع وبصر ، والقوة الميكانيكية ، ووفرة الذكاء العام ، ودقة الملاحظة ... إلخ » .

والسرقة البسيطة كثيرة الشيوع عند الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة والوسطى وتبلغ ذروتها في حوالى ٥ ـ ٨ سنوات حيث تميل بعدها إلى التناقص مع نمو الضمير عند الطفل وابتعاده تدريجياً عن التمركز حول الذات .

والسرقة العادية إذا استمرت بعد سن العاشرة من العمر ، فإنها تدل على وجود اضطراب انفعالي خطير عند الطفل وهي بحاجة إلى مساعدة متخصصة فورية . فقد دلَّت الدراسات أن حوالى ٢٥ ألف طفل في أميركا يُحالون سنوياً إلى محكمة الأحداث بسبب السرقة (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩) .

أما السرقة التي تحدث دون سن العاشرة من العمر وتكون لمرة واحدة فقط فلا يمكن أن نعلق عليها الكثير من المخاطر ، لأن الأهمية المرضية لمشكلة السرقة تكون في تكرارها .

ويرى محسن (١٩٨٨) بأن هناك اختلافاً في نوعية وكيفية السرقة عند الأطفال (ذكور وإناث) ، ولكنها تُشكل حوالى ٧٠٪ من أعمال الشغب ككل عند الأولاد والشباب . وهذه النسبة تكثر عند الذكور بمعدل عشرة ذكور لكل أنثى (١ / ١٠) .

أسباب السرقة :

قد يسرق الطفل الصغير لأنه لا يكون قد وصل إلى مرحلة من النمو العقلي والاجتماعي والتي تمكنه من التمييز بين أملاكه وأملاك الآخرين ، وأن للآخرين ملكية خاصة لا بد من أن تُحترم . إن مثل هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة في التمييز بين الاستعارة والسرقة ، فالسرقة ليست إلا سلوكاً يعبر عن حاجة نفسية . ولهذا يمكن أن تكون أسباب السرقة مباشرة وقد تكون غير مباشرة . كما قد تكون من أجل إشباع حاجة جسمية أو نتيجة لعوامل نفسية بيئية .

ويمكن إجمال أهم الأسباب الداعية إلى السرقة فيما يلي :

١ ـ قد تكون دوافع السرقة دوافع مباشرة ظاهرة ، فقد يسرق الطفل نتيجة الحاجة المادية وذلك بسبب الخلفية الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها. فالطفل يسرق لشراء بعض الأشياء التي يرغب فيها ، وهذه السرقات قد تكون نقوداً أو سلعاً ، أو خطف أطعمة من العربات أو المحلات التجارية . فالسرقة تكون هنا نتيجة للحرمان الذي يُعانيه الطفل . وقد تظهر دوافع السرقة في هذه الحالة نتيجة وفاة الوالد ، أو عجزه عن مساعدة الأسرة مما يجعل الطفل يلجأ إلى السرقة لسد كفافه وكفاف أسرته .

٢ ـ قد تكون السرقة عند الطفل لتعويض الشعور بالنقص ، وتدعيم احترام الذات والدونية . فالطفل يسرق ويعطي للآخرين ليُثبت لهم رجولته وكفاءته من خلال إشعارهم بأنه قادر على مجاراتهم في النفقات . كما يستمتع بعض الأطفال بالسرقة لوجود حس المغامرة والاستثارة فيها ، أو لإشباع هواية خاصة ، كما يسرق الطفل من منزله ليعطي زملاءه بالمدرسة مثلاً ، لأنه يرى أن إعطاء مثل هذه الحاجيات المادية للزملاء تجعله مقبولاً عندهم ، وليؤكد مكانته الاجتماعية كذلك .

٣ ـ كما أن الطفل يسرق بدافع لاشعوري للانتقام من أحد والديه ، بسبب فقدان العطف أو الحرمان الذي عاناه في الأسرة ولهذا يبرهن بسلوك السرقة عن كراهية وعدوان لوالده . كما قد تكون السرقة بدافع الانتقام من الآخرين للأخذ بالثأر . فالسرقة كثيراً ما تُستخدم كطريقة لتسوية الحساب عن ظلم حقيقي أو وهمي يلحق بالطفل أو يخيل إليه أنه لحق به ، فهي مواجهة انتقامية ، وتعويض للعطف الذي حُرم منه .

٤ ـ قد تكون السرقة تعويضاً رمزياً لغياب الحب الوالدي أو الاهتمام أو الاحترام أو المودة ، أو بسبب ترك أحد الوالدين للبيت أو وفاته . فقد أكدت الدراسات أن الكثير من حالات السرقة عند الأطفال تكون نتيجة تنشئة أسرية سيئة والتي كثيراً ما تتسم بالنبذ التام للطفل .

٥ ـ كما يمكن أن تكون السرقة عند الطفل نتيجة للقدوة السيئة من الأطفال الذين يمارسون أمامه السرقة ـ الخفيفة في المنزل أو في المدرسة أو المجتمع . كما أن اختيار الطفل لنموذج سيىء للاقتداء به قد يؤدي إلى التوحد معه .

٦ ـ كما تدفع الغيرة بالطفل إلى السرقة ، وقد يكون ذلك بطريق غير مباشر قد

نجهله إلا إذا استطعنا فحص الموقف ودراسته بدقة . فالطفلة التي تسرق حاجيات غيرها من الأطفال سواء في المدرسة أو من بيوت زميلاتها اكتشف أن هؤلاء الزميلات كنّ يعرضن ما يشترينه من جديد من الألعاب ويتباهين به أمام هذه الطفلة مما جعل الغيرة تعتمل في نفسها ، وتعمد إلى اختلاس حاجيات زميلاتها وتحطيمها دون الانتفاع بها . فالطفل لا توجد لديه إلا درجة احتمال مُتدنية في مواجهة الإحباط ويجد صعوبة في مقاومة الإغراء .

٧ ـ وفي بعض الأحيان تكون السرقة مرتبطة بنوع من أنواع التوتر الداخلي وبنوع من أنواع الصراع العقلي عند الطفل ، مثل الاكتئاب ، أو الغيرة من ولادة طفل جديد ، أو الغضب ، مما يجعله يحاول استعادة الشعور بالارتياح من خلال السرقة . فالسرقة التي يقوم بها الطفل العصابي دليل على نقص الحب والدافع إليها لاشعوري .

٨ ـ المجلات البوليسية ، والأفلام التلفزيونية والتي يعرض فيها نماذج من حالات السرقة والسطو يمكن أن تجعل الطفل يُعجب ببعض الشخصيات ويقلدها في أفعال السرقة وتخلق لديه الأعذار والمبررات لذلك .

٩ ـ قد تكون السرقة نتيجة للإخفاق في الدراسة أو اشباعاً انفعالياً لطاقة زائدة موجودة عند الطفل لم تجد المتنفس الطبيعي لإشباعها .

١٠ ـ الافتقار إلى التنشئة الاجتماعية الصحيحة ، وغياب التوجيه في الأسرة ، وعدم وجود معايير أخلاقية في الأسرة أو مُثل عليا ، مما يجعل الطفل في ضياع وتفكك ويميل إلى الانحراف وقد تكون السرقة أحد السبل التي ينخرط فيها .

١١ ـ كما يلجأ الطفل إلى السرقة نتيجة وجود القسوة والحرمان والعقاب أو التدليل المتطرف داخل الأسرة . فالأسرة المتصدعة والسلوك المسرف من قِبل الوالدين يؤدي إلى الشعور بعدم الأمان وعدم الاستقرار عند الطفل مما يؤدي إلى سلوك غير متكيف وهو اللجوء إلى السرقة .

الوقاية والعلاج :

إن العلاج الفعال للسرقة والوقاية منها يكون بالبحث الجاد عن الأسباب المؤدية إليها ، والتأكد من أن حالات السرقة طارئة أو متكرزة ، والتعرف على

طريقة السرقة ووظيفتها ، والصفات الشخصية للسارق ، ويمكن تلخيص أهم طرق الوقاية والعلاج لهذه الظاهرة فيما يلي :

١ - العمل على غرس احترام ملكية الغير عند الطفل ، وإشباع حاجاته الذاتية دون تقصير أو إسراف ، وتدريبه على احترام الملكية الجماعية مع استخدام أسلوب الثواب والعقاب ، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة احترام ملكية الطفل وإشباع ميله إلى التملك . فالأطفال الذين اعتادوا السرقة يحتاجون إلى إشرافٍ مباشر من قِبل الآباء والمعلمين بحيث كلما قاموا بالسرقة كان احتمال اكتشاف الحدث غالباً .

٢ - عند حدوث السرقة من قِبل الطفل لا بد من اتخاذ الإجراء الفوري المناسب . فبدلاً من تجاهل الوالدين لما يحدث عند الطفل أو التقليل من شأنه ، يمكنهما أن يخصصا وقتاً كافياً لفهم سلوك الطفل هذا ومواجهته وتصحيحه . والطريق في تصحيح ما حدث يكون بالتعويض عن ذلك الشيء إما بإعادته إلى صاحبه أو بدفع مبلغٍ من المال لشراء بديلٍ عن ذلك الشيء مع الاعتذار .

وبالإضافة إلى الطلب من الطفل التعويض عما أخذ أو بإعادته إلى المكان نفسه الذي أُخذ منه ،على الوالدين مواجهة الطفل لفظياً « بعد أن يهدأ » بمخاطر هذا السلوك ، وأن يفسرا للطفل لماذا يعتبر هذا العمل غير مناسب ، ويبينا له أنهما لا يقبلان هذا السلوك ، ويسميا مثل هذا التصرف « سرقة » دون استخدام تعبيراتٍ أخرى . ولا بد أيضاً من مواجهة الطفل بأن هذا التصرف هو هدرٌ للملكية الخاصة للآخرين ، ومن المناسب أن تظهر له أنك تتفهم دوافعه وتنهي المواجهة من خلال التعبير عن محبتك له وتوقعاتك الإيجابية منه . وفي الحالات التي يشكو منها الآباء والمعلمون بأن الطفل سرق ولكن دون التأكد من ذلك يمكن في هذه الحال القول :

« س : أنا لست متأكداً من أنك أخذت نقوداً من « ص » ، ولكن إذا كنت قد فعلت ذلك لأنك شعرت بحاجة حقيقية إليها، وإذا كان بإمكانك إعادتها فسوف أكون فخوراً بك ، بل أهم من أن أكون فخوراً بك وأن تكون أنت فخوراً بنفسك عليك أن تعيش مع نفسك ، وتكون سعيداً بذاتك وسوف يكون من الصعب القيام بهذا إذا لم تكن أميناً ومنصفاً للناس

الآخرين » . وفي الغالب سيعيد الطفل الشيء المسروق بعد عدة أيام بعد مثل هذه المحادثة .

٣ ـ لا بد من تحديد ما الذي حققه الطفل من خلال السرقة ، بدلاً من سؤاله بشكل مباشر لماذا سرقت ؟ فالطفل لا تكون لديه إجابة مقبولة ، ولهذا فلا بد من فهم الدوافع الرئيسية الكامنة وراء سرقة الطفل ، ولهذا فقد تكون الدوافع وراء ذلك : حرمان عاطفي أو عدم النضج « عدم القدرة على تطوير محاكمة أخلاقية » أو حب الاستثارة وحب الظهور ، أو القدوة من الوالدين أو الزملاء . ولهذا لا بد من العمل على اشباع رغباته الإنفعالية بطريقة ترضيه وترضي المجتمع .

٤ ـ عدم المبالغة في الاستجابة لسلوك « السرقة » عند الطفل وضبط الانفعال والتصرف بهدوء وحكمة : فعلى الوالدين أو المعلمين عدم المبالغة في الغضب عندما يتعاملون مع الطفل السارق وعدم اعتبار السرقة بمثابة فشل شخصي . ويمكن التعبير عن عدم الرضا بطريقة حازمة دون الحاجة إلى الصراخ والانفعال الزائد وجعل الطفل يشعر وكأنه مجرم .

فعندما تصف الطفل بأوصاف سيئة ، قد تجعل الطفل مقتنعاً بأنك على حق ويؤدي إلى شعوره بالذنب والعار ويؤدي إلى إضعاف العلاقة بالطفل . فالاتجاه المناسب هو أن يكون الفرد عقلانياً في مواجهة الطفل السارق ، والبحث عن جميع الحقائق والأسباب الكامنة وراء حادث السرقة . وعدم إذلال الطفل وإهانته ، والعمل على تشجيعه على مواجهة المشكلة بصراحة وموضوعية وتفهم .

٥ ـ تبصير الطفل بالنتائج الاجتماعية والشخصية التي تترتب على سمعته بين الناس ومستقبله ونجاحه في الحياة مع استخدام التحذير والإنذار ، وتبصير الطفل بقواعد الأخلاق والتقاليد الاجتماعية .

٦ ـ عدم تفضيل الأخوة أو التلاميذ على الطفل صاحب المشكلة ووضعه في خبرات عائلية ومدرسية عادلة ومتكافئة الفرص .

٧ ـ لا بد من تخصيص دخل معتدل للطفل ، فقد أكدت الأبحاث أن الطفل الذي يتورط في سرقات صغيرة يميل إلى أن يكون قد نشأ في بيت يتجاهل

حاجاته الحالية أو في بيتٍ يقوم فيه الوالدان بإعطائه مقادير كبيرة من النقود . ففي سن المدرسة لا بد من تخصيص مصدر دخل مُعتاد ومعتدل كمصروفٍ للطفل .

٨ ـ ضرورة توافر القدوة الحسنة في سلوك الراشدين وتحديد اتجاهاتهم الإيجابية والسلبية نحو الأمانة والسرقة بكل وضوح لينعكس ذلك على سلوك الأطفال ويقتنعوا ويتمسكوا بها .

٩ ـ تعويد الطفل مبكراً على الأخذ والعطاء مع الاحتفاظ بالملكية الخاصة وتنمية شعوره بهذه الملكية ضمن الحدود المعقولة بعيداً عن الجشع والأنانية .

١٠ ـ العمل على تغيير أسلوب المعاملة مع الطفل السارق ، فالإنسان السعيد لا يسرق قهرياً ولا باستمرار .

ولمعرفة عادة السرقة عند فرد ما يجب أن نسأل :

ـ ما هي خلفية الفرد ؟
ـ هل نشأ في منزلٍ سعيد ؟
ـ هل يشعر بالذنب من اللعب بأعضائه التناسلية ؟
ـ لماذا لا يحترم والديه ؟
ـ هل يشعر بأن والديه لا يُحبانه ؟

(منصور ، ١٩٨١) .

ثانياً : الكذب Lying :

مفهوم الكذب ومظاهره :

يعني الكذب ذكر شيء غير حقيقي في القول والعمل والسلوك وبنية غش أو خداع شخص آخر من أجل الحصول على فائدة أو التملص من أشياءٍ غير سارة . فالكذب عادة واتجاه غير سوي يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها . والكذب نزعة خطيرة وسلوك اجتماعي غير صحيح ينتج عنه الكثير من المشكلات الاجتماعية . بالإضافة إلى أنه يعوّد الطفل على هذا السلوك فينشأ كذاباً . ولكن الكذب الذي يشغل بال الآباء والأمهات والمربين قد يكون بحكم مرحلة النمو التي يمرون بها . فالطفل يكذب رغبة منه في جذب انتباه الآخرين .

كما يجد الأطفال في سن ما قبل المدرسة الابتدائية صعوبة في التمييز بين الخيال والواقع ، مما يجعلهم عُرضة للوقوع في الكذب . وينتشر الكذب عادة بين الأطفال دون الخامسة، والكذب عند هؤلاء الأطفال قد يكون حالة عارضة ومألوفة . وبالرغم من ذلك فإن له دوافع وقوى نفسية تؤثر في سلوك الطفل . أما الكذب عند أطفال المدرسة الابتدائية فهو يكون من نوع الكذب اللاإجتماعي « antisocial » . حيث يتم الكذب عن قصد لينفي الطفل عن نفسه تهمة ، أو ليدفع عن نفسه عقوبة أو ضرراً ما ، أو للحصول على مكاسب ، أو ليحط من قدر الآخرين ، أو للانتقام نتيجة الشعور بالغيرة . فالأطفال يختلفون في مستوى نموهم الأخلاقي وفي فهمهم للصدق ، حيث أن صدق الأطفال هو صدق لفظي . ويميز بياجيه « Piaget » بين ثلاث مراحل لمعتقدات الأطفال حول الكذب[1] . وهذه المراحل هي :

المرحلة الأولى : يعتقد الطفل بأن الكذب خطأ لأنه موضوع تتم معاقبته من قبل الكبار ، ولو تم إلغاء العقاب لأصبح الكذب مقبولاً .

المرحلة الثانية : يصبح الكذب شيئاً خاطئاً بحد ذاته ويظل كذلك حتى لو تم إلغاء العقوبة .

المرحلة الثالثة : الكذب خطأ لأنه يتعارض مع التعاطف والاحترام المتبادل .

ولمعرفة مستوى المرحلة التي وصل إليها الطفل يمكن طرح الأسئلة التالية :
ـ لماذا يُعتبر ذكر الأكاذيب خطأ ؟
ـ هل يكون مناسباً أن تكذب إذا لم يعلم أحد ولم يقم أحد بمعاقبتك على ذلك ؟

والجدير بالذكر فإن معظم الأطفال يكذبون عندما يكونون في المرحلة الثانية (في عمر ست سنوات)، وفي المرحلة الثالثة يستمر حوالي ثلث الأطفال من عمر ١٢ سنة بالكذب، والكذب قد يأخذ أشكالاً مختلفة منها:

---

(١) شيفر ، شارلز ، وآخرون ، ترجمة نسيمة داؤود ، ونزيه حمدي ، عمان ١٩٨٩ .

كذب التقليد ، والكذب الخيالي ، والكذب الذي يكون خلطاً بين الواقع والخيال ، والكذب الادعائي أو المرضي ، والكذب الغرضي أو الأناني ، والكذب الانتقامي ، والكذب الدفاعي ، والكذب العنادي وغير ذلك من أنواع .

ولهذه الأنواع من الكذب أسباب ودوافع تكمن وراءها .

أسباب الكذب :

من ضمن أسباب الكذب ما يلي :

١ ـ تقليد سلوك الراشدين : فالطفل يتعلم الكذب من قدوة سيئة سواء في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع (كذب العدوى) (السيد الهابط ، ١٩٨٣) . فمن المعروف أن الطفل يتعلم الصدق أيضاً من الكبار المحيطين به ، فإذا كانوا يلتزمون في أقوالهم وأفعالهم حدود الصدق المرعية يمكن أن يقلدهم في ذلك ، أما إذا نشأ في بيئة تقوم على الخداع وعدم المصارحة وإظهار الشك في صدق الآخرين ، فإن ذلك يؤدي به إلى اتباع هذه الأساليب وسوف يتبع الكذب في تعامله مع الآخرين .

٢ ـ يكذب الطفل للهروب من النتائج غير السارة ، أو لفشله في تحقيق النجاح ، وخوفاً من العقاب أو توقع وقوعه . فالعقاب إذا كان مطرداً قاسياً لا يتناسب وما يتطلبه الموقف أدى إلى اتخاذ الكذب وسيلة للوقاية (الكذب الدفاعي) ، ولكن الكذب كثيراً ما لا يحقق الغرض من حدوثه .

فالأطفال كثيراً ما يندفعون في استخدام الكذب كسلاح غريزي لوقاية أنفسهم من العقاب ، أو إذا ثبت للطفل أن الأمانة والصراحة لا تساعدانه في التخفيف من العقاب .

٣ ـ كما يكذب الأطفال نتيجة الشعور بالنقص ، فهم يلجأون إلى ذلك الأسلوب تعويضاً عن عجزهم وقصورهم عن التوافق مع زملائهم ورغبة في تأكيد ذواتهم . فالطفل يلجأ في سبيل المفاخرة بقيمته الذاتية إلى المبالغة في بعض المواقف التي قام بدورٍ فيها . كما ينسج الطفل قصصاً خيالية تكون محتوياتها ملفقة من قبله حتى لا يتجاهل الناس أمره تجاهلاً . فالطفل يكذب ليلفت انتباه الوالدين ، وكتعبير لا شعوري لإشباع حاجته إلى الأمن والحصول على

حنان الوالدين .

٤ ـ الصرامة في المعاملة : فقد يؤدي قلق الوالدين على أطفالهم ، والتشدد في تنشئتهم على الصدق ، حيث يدققون في كل عبارة تصدر عنهم ، والتضييق عليهم في كل صغيرة أو كبيرة تصدر عنهم ، تؤدي بالطفل للجوء إلى الكذب كمحاولة للظهور بالمظهر الذي يرغبه الوالدان . كما أن الإفراط في تدليل الطفل في صغره ، ثم تغير أسلوب المعاملة بعد ذلك مما يشعر الطفل أن الأمر السابق « التدليل » قد تغير ـ وهذا ما يرفضه الطفل ـ يدفعه إلى التمارض والكذب المرضي بغية العودة إلى ما كان عليه (الكذب الادعائي) .

٥ ـ للمجتمع تأثير كبير في الطفل ، حيث يدرب أحياناً على المواربة والنفاق الاجتماعي وانتحال الأعذار الواهية والنجاح بوساطتها ،وإسقاط الذنب على الآخرين ، والهروب من المسؤولية والواجب . فإذا نشأ الطفل في بيئة تحترم الحق وتلتزم الصدق بقدر دعوتها إليه ، كان من الطبيعي أن يلتزم الطفل الصدق ، أما إذا سمع الطفل أحد أبويه مراراً يتشكك في صدق الآخرين ، أو شاهد أمه تتملص من المسؤولية الملقاة عليها بادعاء المرض ، أو إذا اشترك أحد الأبوين في خداع الآخر ، أو إذا تم وعد الطفل عدة مرات دون الوفاء بذلك ، فالطفل في مثل هذه الظروف يتعلم أسلوب الخداع والغش والكذب المتكرر .

٦ ـ كما يكذب الطفل أحياناً كرغبة في تحقيق غرض شخصي ، كأن يذهب الطفل إلى أبيه ويطلب منه النقود مدعياً أن والدته أرسلته لإحضار ذلك لقضاء بعض الحوائج ، في حين أن الواقع أن الطفل يريد هذه النقود لشراء بعض حوائجه هو .

٧ ـ كما يكذب الطفل أيضاً ليتهم غيره باتهامات يترتب عليها عقابهم أو سوء سمعتهم . ويحدث هذا النوع من الكذب الانتقامي نتيجة الغيرة التي يشعر بها الطفل ، أو نتيجة عدم المساواة في المعاملة بين الأبناء .

٨ ـ كما أن صغر عمر الطفل وعدم مقدرته على التمييز بين الواقع والخيال قبل سن الخامسة يؤدي به إلى ذكر بعض الأماني والرغبات والإفصاح عنها بطريقة ممكنة التحقيق . وهذا النوع من الكذب مرتبط بالناحية الخرافية والأسطورية ، والتي تكون قد تكوّنت نتيجة ذكر بعض القصص الخرافية من

الجد أو الأب قبل ذهابه إلى النوم مثلاً . فخيال الطفل قوي لدرجة تجعله أقوى من الواقع نفسه . فالطفل هناك لا يفرق بين الواقع والخيال وتلتبس عليه الأمور ، وينتج عنده تداخل في الفهم ، ويصعب التفريق بينها (الكذب الخيالي ، أو الالتباسي) .

٩ ـ ويرى Breckenridge (في العيسوي ، ١٩٩٠) أن بعض الأطفال يكذبون على سبيل اللعب ، وذلك رغبة منهم في رؤية تأثير كذبهم في المستمعين ، ويشعرون بالسرور لذلك .

١٠ ـ بالإضافة إلى ذلك فقد يكذب الطفل بدافع الولاء لطفل آخر ، وذلك رغبة منه في تخليصه من مشكلة أو ورطة معينة . فالطفل هنا يقع في صراع عندما يتعارض شعوره لأصدقائه مع مبدأ الصدق .

الوقاية والعلاج :

١ ـ يحتاج الكذب إلى علاج نفسي في عمر مبكر من سن الطفل ، خاصة إذا تطور مع نمو الطفل في العمر وأصبح ظاهرة ملازمة لحياته . ويقوم الطفل بالمبالغة والتهويل واختلاق الأقاويل وتلفيق التهم هنا وهناك ، الأمر الذي يخلق شعوراً بعدم تصديقه من قبل أبويه ثم أقرانه ومعلميه ، مما يولد عنده عدم حبه واحترامه من قبلهم ، وهذا بدوره يفقده مكانته الاجتماعية .

٢ ـ لا بد من البحث عن كل الأسباب الكامنة وراء الكذب والعمل على تحاشيها مع إعداد نظام تربوي « سلوكي » للطفل تطبقه الأسرة والمدرسة وكل من له علاقة بالطفل . ولهذا فلا بد من إعطاء الطفل المزيد من الثناء والتقدير لذاته ولما يقوم به ولا بد من التعامل مع الطفل بصورة أقل قسوة ، ولا بد أن تكون توقعات الراشدين من الطفل معقولة ، كما يجب أن نحصل على المعلومات عن الطفل من مصادر أخرى ، والعمل على تقديم إرشاد متخصص للطفل وأسرته .

٣ ـ لا بد من تعليم القيم الأخلاقية للطفل : Teach Moral Values. لا بد من التأكيد على أن الصدق هو أمر أخلاقي ومفيد للشخص وللآخرين . فالاحترام المتبادل والثقة تبنى على أساس الاتصال الصادق بين الأفراد وأن كلمة الشخص لها أهمية كبيرة . ولا بد من التأكيد أيضاً أن الصدق أمرٌ

متوقع من جميع أفراد العائلة طالما أنه جزء من معاييرها الأخلاقية ، مما يدفعهم إلى قول الصدق دون خوفٍ أو عقاب ، بالاضافة إلى ذلك فلا بد من عدم التغاضي عن كذب مرحلة الطفولة أو الاستهانة به .

٤ ـ أن يتصف الآباء والكبار المحيطون بالطفل بالصدق ، وإظهار احترامهم وإعجابهم بالصادقين في أقوالهم وأفعالهم . بالإضافة إلى ضرورة حرص الآباء على عدم إعطاء وعود لأبنائهم إذا كانوا غير قادرين على تنفيذها (الغزي ، ١٩٧٦) . فالتزام الآباء والمربين بحدود الصدق مع أبنائهم قولاً وفعلاً شيء ضروري للأطفال ليقلدوا سلوكهم وينهجوا نهجهم في توخي الصدق قولاً وفعلاً .

٥ ـ استخدام الثواب والعقاب : لا بد أن يتعلم الطفل من خلال الخبرة أن الكذب لن يؤدي إلى النجاح ، وأن الصدق سوف يؤدي إلى تخفيض العقوبة التي يتلقاها نتيجة سوء تصرفه ، وأن الكذب الذي يؤدي إلى التستر على سلوكٍ لا اجتماعي لن يؤدي إلا إلى مزيد من العقوبة . ويكون العقاب على شكل خسارة الطفل لبعض الامتيازات ، أو يتلقى عقاباً مزدوجاً . ولا بد من استخدام العقاب الذي يتناسب مع حجم الخطأ دون تهور أو انفعال زائد ، وعدم المبالغة في التدقيق على كل كلمة يقولها الطفل . ولا بد من إظهار قيمة الصدق للطفل من خلال التكرار عدة مرات فإذا قال الصدق فسوف تبذل كل ما يمكن لمساعدة الطفل . ولا بد من أن يعرف الطفل بأن الصدق يكون دائماً في صالحه ، في حين أن الكذب لا يكون كذلك . فالنتائج المترتبة على الكذب أكثر سوءاً من الخطأ نفسه .

٦ ـ لا بد من تنمية الوعي الذاتي عند الطفل ، وإعطائه فرصة أخرى لتحاشي الكذب مع التشجيع على الأمانة وقول الصدق بدلاً من استمرار الزجر والعقاب . فالطفل عندما يكذب بانكاره أنه قام بفعل شيء ما ، لا بد من مساعدته على التعرف على دوره في الموقف المشكل ، وذلك بجعله يتحدث عن كل مرحلة من مراحل الموقف فمثلاً يمكن القول له : « أريد أن أعرف كل ما حصل منذ البداية وحتى النهاية » .

ولا بد من مساعدته على التركيز حول ما ذكر ليظهر له أنك تشك في أن بعض الأجزاء التي ذُكرت غير دقيقة وغير صادقة . وعندما يعود الطفل

ويتفحص الموقف ، فإنه يرى نفسه على خطأ ، وأين أخطأ ؟ وأين بالغ في وصف الواقع . ولا بد من إظهار الموافقة مع الطفل كلما كان على حق وكان واضحاً في كلامه (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩) .

٧ ـ إعطاء الطفل البدائل والخيارات والاختيار بين الصدق والكذب كنموذجين في السلوك لبناء معيار الخير والشر في ضميره ووجدانه بثبات وبقناعة ذاتية لا بمخاوف خارجية سلطوية مؤقتة التأثير . وإعطاؤه الفرصة للتنفيس عن أحلام اليقظة لديه لتظهر على شكل تعبير صادق عن أحاسيسه بالرسوم والنشاطات والألعاب وممارسة الهوايات بدلاً من خروجها من صندوق الكبت اللاشعوري على شكل أكاذيب مفاجئة للأبوين والرفاق والمعلمين في المدرسة (ياسين ، ١٩٨٨) .

٨ ـ العمل على إشباع حاجات الطفل قدر المستطاع ، وتوجيه الطفل إلى قول الصدق وتوجيه سلوكه نحو الأعمال التي تتناسب وقدراته الطبيعية مما يشعره بالنجاح ويشبع حاجته إلى الرضا والسعادة . أما تكليفه بالأعمال التي تفوق قدراته واستعداداته فإنه يشعره بالفشل ويوقعه بالإحباط ويشعره بالنقص والضعف .

٩ ـ التقليل ما أمكن من العقاب (وخاصة البدني) واللوم والتوبيخ لما لذلك من أثر عكسي . فشدة العقاب تعمل على تبلد الإحساس وتجعل الطفل يتعوّد عليه ، ويحدث تثبيتاً على السلوك غير السوي ، أي عكس ما يرغب الراشدون .

ولا بد من أن نشعر أبناءنا بثقتنا بهم ، حتى يشعروا بالثقة بأنفسهم وبمجتمعهم، مما يجعلهم يقولون الصدق دون الخوف من العقاب . كما أن الحكمة والصبر في التعامل مع الأطفال الذين يلجأون إلى الكذب يقلل من سلوك الكذب لديهم .

كما يجب على الكبار إبعاد الخوف ، والقلق عن الطفل ، فالشخص الآمن لا يكذب ، أما الشخص الخائف فيكذب كوسيلة للهرب من العقاب الذي قد يحوق به إذا قال الصدق .

ثالثاً : التمرد أو العصيان Disobedience :

مفهوم التمرد أو العصيان ومظاهره :

من المشكلات الهامة التي تشغل تفكير الآباء والمربين في مرحلة الطفولة المبكرة هي مشكلة التمرد والعناد عند الطفل ، حيث يرى العديد من الباحثين (شيفر ، ١٩٨٩ ، حسين ، ١٩٨٦) أن هذه المشكلة تصل ذروتها ما بين سن الثانية والرابعة من العمر . كما يرى جونسن Johnson (١٩٧٣) أن حوالى ثلث مشكلات الأطفال لها علاقة بالتمرد أو العصيان .

ولهذا نرى بأن التمرد سلوك يظهر عند الطفل على شكل مقاومة علنية أو مستترة لما يطلب منه من قبل الآخرين ، وذلك نتيجة شعوره بالقسوة والتسلط وما يؤدي إليه من عجز عن القيام برد فعل تجاه ذلك . فالطفل في هذه المرحلة من العمر يصعب عليه تعلّم عمل الأشياء في الوقت المحدد الذي يجب أن تعمل فيه . ويتبرم الكثير من الآباء من سلوك عدم الطاعة الذي يظهر عند الطفل ، ويتساءلون عن كيفية تعليم الطفل أن يفعل ما يطلب منه في الوقت المحدد . فمن المعروف أن بعض الأطفال يطيعون تعليمات الآباء خلال السنتين الأوليين ، ولكن البعض الآخر لا يفعل ذلك ويتمرد ، حيث يرى الطفل في الكبار التسلط والقوة والقهر وهذا الشعور يتولد من خلال شعوره بضعفه وعجزه عن القيام بما يتمنى القيام به . فمن المعروف أن سلوك الطفل في السنتين الثالثة والرابعة من العمر يتميز بالتمركز حول الذات فهو لا يهتم بأقوال وأفعال الآخرين إلا إذا كانت مرتبطة بذاته ، ولكن مع التقدم في العمر وتفاعله مع البيئة المحيطة به ، فإن هذا السلوك يخف تدريجياً ويبدأ بالتعامل مع العالم المحيط بشكل أكثر موضوعية .

من جهة أخرى فإن سلوك التمرد والعناد هو سلوك طبيعي ومعقول وتعبير صحي عن الأنا النامية التي تسعى إلى الاستقلال والتوجيه الذاتي إذا ظهر أحياناً في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ، أما إذا تكرر واستمر هذا السلوك إلى فترة طويلة فإن ذلك يعد مؤشراً على عدم السواء وقد يطور عادات سلبية لديه بحيث يظهر سلوك العناد عنده في جميع المواقف دون أن يكون هناك أي مبرر منطقي لذلك .

ويرى شيفر (١٩٨٩ ، ص ٤٠٤) أن هناك ثلاثة أشكال رئيسة للتمرد أو العصيان عند الطفل هي :

١ - شكل المقاومة السلبية ، حيث يتأخر الطفل في امتثاله ، ويتجهم ، ويصبح حزيناً (هادئاً ومنسحباً) أو يشكو ويتذمر من أن عليه أن يطيع ، أو أنه يمتثل لحرفية التعليمات ، ولكن ليس لروح القانون .

٢ - التحدي الظاهر « لن أفعل ذلك » حيث يكون الطفل مستعداً لتوجيه إساءة لفظية أو للانفجار في ثورة غضب للدفاع عن موقفه .

٣ - نمط العصيان الحاقد ويؤدي إلى قيام الطفل بعمل عكس ما طُلب منه تماماً ، فالطفل الذي يطلب إليه أن يهدأ مثلاً يصرخ بصوتٍ أعلى .

الأسباب :

إن أسباب العناد كثيرة ومتشابكة خاصة إذا ظهرت في سن ما بعد السادسة من العمر ويمكن ذكر أهم هذه الأسباب فيما يلي :

١ - التساهل المفرط في معاملة الطفل (التدليل الزائد) بحيث يلبي الوالدان كل طلبات الطفل مهما كانت ، وذلك ظناً منهما بأن ذلك يكون في صالحه وراحته مما ينعكس سلباً على سلوكه وشخصيته ويجعله يلجأ إلى التمرد والعصيان في أي موقفٍ في أثناء تعامله مع الآخرين .

٢ - القسوة المفرطة من قبل الوالدين في تعاملهما مع الطفل ، وإجباره اتباع نظام معين في المعاملة ، وآداب الطعام ، والنقد المستمر لسلوكه ، وطلب الطاعة الفورية منه بغض النظر عن شعوره واهتماماته في تلك اللحظة .

٣ - التذبذب في المعاملة : إذ يلجأ الوالدان إلى القسوة المفرطة حيناً ، وفي حين آخر يتساهلان بشكلٍ مفرط مع الطفل في أثناء ردود الفعل نحو سلوكياتٍ معينة يقوم بها . بالإضافة إلى ذلك فإن عدم اتفاق الوالدين على كيفية التعامل مع الطفل يؤدي إلى تفكك شخصيته واضطرابه وعدم استقراره النفسي ، مما يؤدي به إلى العصيان والتمرد على أوامر الوالدين .

٤ - إهمال الوالدين لدور الأبوة : هناك الكثير من الظروف التي تحيق بالوالدين وتعوق قيامهما بمهمة تربية الأبناء بشكلٍ صحيح . فمطالب العمل الكثيرة

والانشغال الزائد ، بالإضافة إلى النزاع والشقاق المستمر بينهما والذي قد يؤدي إلى الطلاق ، أو المشكلات الشخصية التي يتعرض لها أحد الوالدين أو كلاهما قد تؤدي إلى إهمال الطفل مما يولّد عن ذلك سلوك الرفض والعناد عنده .

٥ ـ شعور الطفل بعدم الأمن والأمان : يعاني الطفل من اضطرابات نفسية عندما لا يشعر بالأمن والحب في محيطه الأسري مما يجعله يسلك سلوك الرفض والعناد ، والذي يظهر على شكل رفض للسلطة ، ورفض للنوم ، ورفض لطاعة الوالدين . فالقلق والصراخ المتكرر عند الطفل دليل على ما يُعانيه من إحباط . بالإضافة إلى ذلك فإن غياب أحد الأبوين أو كلاهما يؤثر تأثيراً بالغاً في شخصية الطفل وحياته الانفعالية . فالطفل يحتاج إلى والدين يشبعان حاجته إلى الأمن والمساعدة . كما أن الطفل الذي يُحرم من والديه في الصغر (بسبب الوفاة أو الطلاق) لا يجد من يتحد معه ويعرّفه على الحياة والعالم المحيط به . كما أن غياب أحد الوالدين لفترة طويلة يؤثر في النمو النفسي والإجتماعي للطفل ، وقد يفسر الطفل هذا الغياب الطويل دليلاً على عدم الحب له ، مما يجعله يلجأ إلى العناد والمشاكسة أو النكوص إلى سلوك قديم (تبول ، قضم أظافر . . .) .

٦ ـ تفضيل الوالدين أحد الأبناء دون الآخرين مما يدفع بالطفل المنبوذ أو المهمل إلى اللجوء إلى سلوك انتقامي ضد الوالدين أو قد يلجأ إلى سلوك يجتذب فيه انتباه الوالدين والمحيطين وذلك من خلال العناد والعصيان لأوامر ومتطلبات الوالدين .

٧ ـ محاكاة الطفل لأحد أبويه : فاتجاهات الأبوين نحو السلطة والقانون تؤثر في اتجاهات الأبناء ، فإذا أظهر الأبوان القليل من الاحترام للسلطة والنظام والقانون فإن ذلك يؤدي بأطفالهم إلى عدم احترام الراشدين وسلطتهم والعكس صحيح .

٨ ـ يلعب ذكاء الطفل دوراً أساسياً في التمرد والعصيان ، فإذا كان الطفل قليل الذكاء مال إلى عدم الطاعة والعصيان ، حيث أنه لا يستطيع بسهولة توقع نتائج تصرفاته بعكس الطفل الذكي الذي يمكنه أن يتوقع بسهولة نتائج تصرفاته ، ويميل إلى تأجيل إشباعاته الفورية في سبيل تحقيق أهداف آجلة .

الوقاية والعلاج :

إن أهم طرق الوقاية والعلاج في عناد أو عصيان الأطفال يكون بما يلي :

أ - الاعتدال في المعاملة : وهذا يعني بأن تكون مطالب الأبوين من الطفل معقولة وبإمكان الطفل تنفيذها . فكلما استجاب الوالدان لمطالب الطفل أكثر يكون بالإمكان توقع الاستجابة الإيجابية (الطاعة) من قبل الطفل ، إذ كلما كان الأبوان أكثر حساسية وإيجابية في تلبية حاجات الطفل كلما كان الطفل أكثر طاعة . أما إذا ظهر سلوك التمرد والعصيان عند الطفل ، عندها يمكن للوالدين أن يشيرا بعباراتٍ معينة إلى الأثر المزعج لسلوك العصيان ومشاعرهما نحو ذلك .

بالإضافة إلى ذلك فلا بد من إعطاء الطفل فرصة لإبداء رأيه عند وضع القوانين كلما أمكن ذلك ، مما يجعل الطفل أكثر ميلاً إلى الطاعة والابتعاد عن التمرد . كما يجب أن نتوقع عدم الطاعة الفورية من الطفل دائماً ، ولهذا يمكن أن يُعطى تحذيراً مسبقاً (لمدة ٥ دقائق) قبل تنفيذ ما يطلب منه . كما يجب السماح له بالتعبير عن مشاعره التي تسبب له الضيق ومساعدته في ذلك مثل : « أنا أكره تنظيف الغرفة » وهذا لا يعني رفض الطفل للتنظيف وإنما عبارة تعبّر عما يشعر به فقط .

بالإضافة إلى ذلك فلا بد من تجنّب الإفراط في القسوة في العقاب (كالضرب على الوجه أو الظهر . . . إلخ) لأن ذلك يقود إلى العناد وإظهار غضب الطفل وانزعاجه ، ومن المحتمل أن يتقمص ذلك من شخصية فارض العقاب القاسي ولمعاييره الخُلقية .

ب - الثبات في المعاملة : يجب ألا يكون هناك تذبذب في معاملة الطفل ، مرة نتساهل معه في فرض القواعد ، ومرة نتشدد معه . ولذلك لا بد من أن يتم احترام القواعد التي نضعها من قبل الطفل وعدم السماح بتجاوزها إلا في الحالات الطارئة والنادرة جداً . ويجب عدم السماح للطفل بخرق القواعد من خلال ثورات الغضب التي يبديها ، ويجب تنفيذ الجزاء معه بهدوء والابتعاد عن الغضب الشديد وكل ما يؤدي إلى التطرف وذلك لتعطي الطفل انطباعاً بأنك إيجابي نحوه وأنك واثقٌ من أنه سيتبع تعليماتك .

ج ـ **العمل على توفير الأمن والأمان للطفل** : في جو أسري مفعم بالمحبة والحنان والثقة والعمل على احترام شخصيته ، وتأكيد ذاته ، وعدم مقارنته بالأطفال الآخرين ، وعدم التشكي من الطفل أمام الآخرين حتى لا يشعر بالقوة والسيطرة على الوالدين وقدرته على التحكم فيهما مما يزيد في العناد .

فالعلاقة الحميمة مع الطفل تشعره بالأمن ، وبمزيدٍ من المحبة ، ويصبح أكثر ميلاً إلى الطاعة. فالطريقة التي يشعر بها الأطفال نحونا تحدد طريقتهم في الاستجابة للنظام الذي نفرضه، كما أنه كلما زاد حب الطفل لنا ، كان تقبله لتوجيهاتنا أفضل ،فالعلاقة الوثيقة مع الطفل كفيلة بجلب سلوك المحبة والثقة .

د ـ **عدم التمييز في معاملة الأطفال** لأي سبب كان لأن ذلك يثير في نفوس الأطفال الشعور بالغيرة ويؤدي إلى التمرد والعصيان .

هـ ـ **توفير القدوة المناسبة** : فالأب الذي يحترم قواعد المرور ، ويتحدث عن رجل الأمن بشكلٍ جيد ، فمن المرجح أن يكون الأطفال أكثر امتثالاً للسلطة والطاعة من سلوك التمرد والعصيان .

و ـ **الثواب والعقاب** : لا بد من الثناء على سلوك الطاعة عند الطفل في كل مرة يقوم بذلك . كما أن الجزاء المادي لسلوك الطاعة يكون فعالاً عند الأطفال من عمر ١٢ سنة وما دون ذلك (مثل مشاهدة التلفزيون ، أو قطعة حلوى . . . إلخ) .

وفي أحيانٍ أخرى لا بد من فرض جزاءٍ أو عقاب على الطفل في كل مرة لا يمتثل للطاعة ويميل إلى العناد والعصيان . فالطفل الذي يتأخر مثلاً عن الحضور في الموعد المناسب إلى المنزل يفرض عليه عقوبة عدم مغادرة المنزل مساءً لليلة واحدة إذا كان التأخير ١٥ دقيقة وإذا كان التأخير ٣٠ دقيقة يُحرم ليلتين من مغادرة المنزل مساءً . ومن الممكن أن ينذر الطفل بعقوبة العزل إذا لم يتقيد بالتعليمات واستمر في ذلك .

ز ـ **تجاهل السلوك غير المرغوب فيه** : من المفضل تجاهل سلوك التمرد والعصيان في الحالات البسيطة دون الدخول في مجادلاتٍ مع الطفل ، لأن الاهتمام بالسلوك السلبي عند الطفل قد يؤدي إلى تعزيزه . وفي الوقت الذي نؤكد فيه

على ضرورة تجاهل سلوك عدم الطاعة تجاهلاً تاماً ، نؤكد على ضرورة إبداء الإهتمام الكلي لسلوك الطاعة ، فقد وُجد أن مثل هذا التحول في انتباه الأبوين فعال في خفض سلوك المعارضة بشكل ظاهر عند الطفل في سن ما قبل المدرسة . كما وُجد أيضاً أن إحدى الأمهات عندما قامت بالثناء على سلوك الطاعة عند طفلتها البالغة من العمر سبع سنوات وتجاهلت في الوقت نفسه سلوك المجادلة والصراخ والعصيان عند طفلتها ، وجدت أن السلوك غير المرغوب فيه قد انخفض بشكل واضح خلال عشرة أيام ، (شيفر ، ١٩٨٩) .

ح - ضرورة التعاون بين المنزل والروضة والمدرسة في التخلص من سلوك التمرد أو العصيان عند الطفل . فمعرفة كل من الوالدين والمربين في الروضة والمدرسة بحقائق نمو الطفل ، وحقيقة ظهور العناد في مراحل نمو معينة عند الطفل كفيـل بوضـع برامج وقائية وعلاجية للتخلص من هذا السلوك اللاإجتماعي عند الطفل .

رابعاً : العدوان Aggression :

مفهوم العدوان ومظاهره :

يُعتبر العدوان عند الأطفال الصغار استجابة طبيعية وعرضاً عادياً ، حيث نُلاحظه بكثرة على شكل غضب وصراخ ومشاجرات تُعبر عن حاجة الطفل إلى حماية أمنه أو سعادته أو فرديته ، أو تعبير عن محاولة لتذليل العقبات التي تواجهه أو تقف في سبيل تحقيق رغباته . ولهذا يُعتبر العدوان ضرورياً لحفظ التوازن الشخصي ، ويساعد على نمو الذات والإستقلالية . وبناء على ذلك يمكن تعريف العدوان بأنه ذلك السلوك الهجومي الذي يؤدي إلى إلحاق الأذى بالناس أو بالذات أو بالممتلكات .

ويرى جيمس دريفر J. Drever أن العدوان « يعني الهجوم على الآخرين والذي يرجع في الغالب وليس دائماً إلى المعارضة » (عيسوي ، ١٩٩٠ ، ص ٤٨) . ويرى دولارد وآخرون Dollard et.al. (١٩٣٩) بأن السلوك العدواني هو ذلك السلوك الذي يكون الهدف منه إيذاء شخص آخر . وهذا الهدف كما يرى فشباك Feshback (١٩٦٤) يشكل الجانب الجوهري والأساسي

من جوانب تعريف العدوان .

ولكن أحياناً قد لا يكون عدوان الطفل على شخص آخر هو الهدف الأساسي ، ولكنه وسيلة إلى غاية أبعد هي الحصول على اهتمام الآخرين ممن لهم أهمية خاصة عنده .

ولهذا يرى فشباك أن هذا السلوك يوصف بأنه عدوان وسيلي Instrumental Aggression . في حين يُعرِّف ميرز Marz (في Dann ، ١٩٧٢) العدوان بأنه حالات السلوك الموجهة لإيقاع الأذى بشخص ما بشكل مباشر أو غير مباشر . والأذى الذي يمكن أن يحدث بالشخص قد يكون نفسياً (إهانة ، خفض الاعتبار . . .) أو جسمياً . أما رفاعي (١٩٨٨ ، ص ٢٢١) فيعرّف العدوان بأنه « السلوك الهجومي المنطوي على الإكراه والإيذاء » .

ولهذا بناء على ما تقدم نُعرف العدوان على أنه سلوك موجه ضد الآخرين ، يكون القصد منه إيذاء الآخرين بشكل مباشر أو غير مباشر .

فالعدوان المباشر يمكن ملاحظته بسهولة عند تلاميذ المدارس على شكل مشاجرات ، وضرب بعضهم البعض ، وإيذاء في الكلام ، وإيذاء الحيوانات ، وتهديد بعضهم بعض . . . إلخ . أما العدوان غير المباشر فيكون كامناً وغالباً ما يحدث من قبل الأطفال الأذكياء ، حيث يتصفون بحبهم للمعارضة وإيذاء الآخرين بسخريتهم منهم ، أو بتحريض الآخرين للقيام بأعمال غير مرغوبة اجتماعياً . ويرى جوث Goth (١٩٨٤) أن السلوك العدواني المباشر والسلوك العدواني غير المباشر يمكن أن يحدث كل منهما على حدة ، كما يمكن أن يحدثا معاً على شكل وحدة .

ويرى شيفر (١٩٨٩) أن الطفل الذي يكثر عدوانه ويكون هذا العدوان شديداً لديه يميل إلى أن يكون قهرياً ، ومتهيجاً ، وغير ناضج ، وضعيف التعبير عن مشاعره . كما يتصف الطفل العدواني بالتمركز حول الذات ، ويجد صعوبة في تقبّل النقد أو الإحباط ، كما أن الأطفال الأقل ذكاءً أكثر ميلاً إلى العدوان من غيرهم الأكثر ذكاء.

هذا وقد يكون العدوان مؤقتاً وعابراً ونادراً ما يكون موجهاً نحو هدف معين ، إنه يعبر عن حالة توتر نفسي تميل إلى الانتهاء بسلوكه العدواني الذي يفرغ

من خلاله الشحنات الانفعالية التي يُعاني منها ، هذا ويظهر العدوان عند الذكور أكثر من الإناث .

والعدوان عند الأطفال يتناقص ويخف مع التقدم في العمر حيث يميل الأطفال في عمر ٣ ـ ٧ سنوات إلى ضبط عدوانهم . فالطفل في عمر سنتين مثلاً يُعبر عن عدوانه تجاه الآخرين بالضرب ، أما طفل الأربع سنوات فيميل إلى المجادلة مع الآخرين لبعض الوقت ، وفي عمر ٨ ـ ٩ سنوات يصبح الطفل منضبطاً بشكل أكبر ، مع أن المشاجرات لا تنتهي في هذا العمر إلا أنها تكون مؤقتة .

ويرى شيفر (١٩٨٩) وشيخ حمود (١٩٩٤) أن السلوك العدواني إذا استمر لفترة طويلة ، وكان العدوان شديداً وغير مناسب للموقف الذي أثاره ، فلا بد حينئذٍ أن يأخذ الآباء والمربون هذا العدوان على محمل الجد ، وأن يستخدموا إجراءات سريعة وفعالة لكبح هذا العدوان .

وتشير بعض الإحصاءات إلى أن حوالى ١٠ ٪ من الأطفال في عمر عشر سنوات لديهم عدوانية زائدة بشكل ملحوظ (Robinson, 1966; in Schaefer, 1989) .

أسباب العدوان :

تعددت النظريات التي تُفسّر العدوان عند الأطفال .

ـ فهناك النظرية التي تفسر العدوان من خلال إحباطات الحياة اليومية ، إذ أن إعاقة إشباع الرغبات البيولوجية والحاجات الغريزية عند الطفل يثير لديه الشعور بالإحباط ويؤدي إلى سلوك عدواني مثل تحطيم الأواني واللعب . . .

كما أن معظم مشاجرات أطفال ما قبل المدرسة تنشأ بسبب صراع على الممتلكات (أحد الأطفال يحاول أخذ لعبة طفل آخر) ، ولكن هذه المشاجرات تقل مع تقدم الطفل في العمر . فالشعور بالضيق قد يكون من أسباب الشعور بالإحباط .

فكل من يُعامل الطفل بقسوة لا يلتفت إلى ما يمكن أن يحدثه من إحباط ، كما أن كل عمل من أعمال القسوة والذي يقصد منه منع الطفل من البكاء أو

القضاء على سلوكٍ يضايق الكبار يؤدي إلى إحباطٍ ويظهر على شكل عدوانٍ عند الطفل .

ـ أما نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية بزعامة « فرويد » فترى أن غريزة الموت عند الإنسان تفسرها نزعة الكراهية ، وعندما تجد هذه النزعة الطريق إلى التعبير ، يسيطر العنف على الإنسان .

أما آدلر أحد تلامذة فرويد والمنشقين عنه فيرى أن العنف والعدوان عبارة عن استجابة تعويضية عن الإحساس بالنقص .

ـ في حين أن نظرية التقليد أو المحاكاة ترى أن العدوان يُتعلم عن طريق تقليد الكبار . ويرى سكوت Scott أن العدوان كأي استجابة أخرى سلوك متعلم . حيث يؤكد أن العدوان في حالة ظهوره يجب ألا يلجأ إلى كبته ، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيها، ولكن يجب توجيه العدوان إلى مسالك مقبولة ولهذا تُعتبر بعض مظاهر العدوان من هذه الناحية ضرورة لإحداث التوازن في الشخصية .

كما يمكن أن يزيد احتمال تعلم العدوان عندما يكافأ الأطفال لقيامهم بتصرفاتٍ عدوانية وذلك عندما يحصلون على ما يريدون أو يجذبون انتباه الراشدين في محيطهم . وتؤكد الدراسات أن الناس يتعلمون باستمرار عن العدوان من خبراتهم في أسرة معينة وثقافة معينة ، وبما أنهم يتعلمون باستمرار فالخبرة تلعب دوراً في الارتقاء بالعدوان أو منعه . فالأميركيون يعلمون أولادهم العدوان بطريقةٍ مباشرة أو غير مباشرة ، وذلك لأنهم يؤيدون العدوان ، حيث أن الأطفال يتعلمون فنون القتال في بعض الحالات ، وهناك أيضاً الألعاب العدوانية التي تُظهر أن إيذاء الآخرين أمرٌ مقبول ومستحب . بالإضافة إلى ذلك فإن الآباء يشجعون الأبناء على العدوان حيث أن انتصار الطفل في المشاجرة يُقابل بالموافقة أو يُكافأ .

كما أن الآباء الذين يربون أولادهم باستخدام الضرب أو العقاب البدني ، يشجعون أولادهم على استخدام الوسيلة نفسها إذا واجهتهم مشكلة شخصية وهذا هو نموذج للتعلم بالملاحظة ، فالآباء يعتبرون نماذج قوية يقلدها الأبناء . وتؤيد الأبحاث هذه الفكرة ، حيث وُجد أن الآباء العدوانيين لهم أبناء عدوانيون .

كما أن الأطفال الذين يميلون إلى القسوة غالباً ما يأتون من أُسرٍ تميل إلى القسوة واستخدام النظام الصارم في المعاملة .

ولا ننسى التأثير السلبي لبرامج العنف في التلفزيون على الأطفال ، حيث يُجمع علماء النفس على أن الأطفال يتعلمون العنف والعدوان من خلال التأثر بالنموذج المعروض في التلفزيون (في برامج الكرتون مثلاً) . فالطفل عندما يُشاهد مناظر العنف والعدوان فإنه يميل إلى إظهار الألم سواء عن طريق الجهاز العصبي أو من خلال تعبيرات الوجه .

ومعنى هذا أن هناك تنبيهاً معيناً يشير إلى مشاركة الطفل انفعالياً لما يحدث وتأييده لذلك ، والأطفال الذين يداومون على هذه المشاهد تتبلّد المشاعر الانفعالية لديهم ولا تعود تؤثر فيهم كثيراً ويحتاجون إلى مزيدٍ من مشاهد العنف وبالتالي قد يمارسونه في سلوكهم مع الآخرين .

ـ وتؤكد النظرية البيولوجية على أن العدوان عند الأطفال ينتج من جراء عوامل جسمية مثل التعب أو الجوع أو الحد من نشاطهم وحركتهم ، أو وجود آلام جسمية لديهم ، أو في حالة توتر الجهاز العصبي عندهم .

. كما وُجد أن اضطراب الصبغيات مثل حالات (xxy) عند الأفراد قد تثير العدوان عندهم . بالإضافة إلى ما أكدته الدراسات بأن هناكَ علاقة بين الصرع والعدوان (عمارة ، ١٩٨٦) .

ويرى كينيث موير Kenneth Moyer (١٩٧٨) أن هناك عدة أجهزة عصبية في المخ تتحكم في نوعياتٍ معينة من العدوان ، وأن هذه الأجهزة تعمل عندما تصل إلى عتبةٍ معينة . فعند الوصول إلى العتبة المنخفضة مثلاً نجد أن أجهزة المخ تنشط لاإرادياً وتشعر الحيوانات بالقلق وربما بالعداء إلا أن الانقضاض لا يحدث إلا إذا ظهر هدف مناسب .

كما يمكن أيضاً لأجهزة المخ التي لها دور في العدوان أن تكثف من دور الدوائر العصبية المسيطرة على العدوان في أداء وظيفتها ويمكن أن تمنع الدوائر العصبية من أداء وظيفتها . فمثلاً عندما قام علماء النفس بإثارة الجزء الجانبي من الهيبوثلاموس لقطة ، قام الحيوان بمهاجمة الفأر ولكن بطريقة نمطية (دافيدوف ، ١٩٨٠) .

ـ بالإضافة إلى ذلك فإن الصراعات النفسية والانفعالات المكبوتة عند الأطفال تدفع بهم إلى العدوان . فقد وجد سيرز Sears أن هناك علاقة بين العدوان وشعور الطفل بعدم الأمان ، كما وجد أيضاً أن العدوان يظهر أكثر عند الأطفال الذين يشعرون بالنبذ .

ودلت الدراسات أيضاً أن العدوان لا ينجم في كل الحالات عن رغبات وميول طبيعية لدى الطفل وإنما يكون في الكثير منها عائداً إلى أزمات نفسية كالغيرة أو الغضب أو الحرمان من الحنان . ففي حالة فتاة في سن الثامنة بلغت بها الغيرة من أخيها الذي تعلّم عزف الموسيقى إلى الحد الذي جعلها تحطم مفاتيح البيانو .

فالحرمان من عطف الآباء وحبهم يجعل الأطفال أكثر من غيرهم ميلاً إلى العدوان في كل مواقف الحياة بما في ذلك مجالات اللعب .

فعلاقة الآباء بأبنائهم علاقة هامة وحساسة ، حيث يشعر الطفل بحب والديه ، ويرى فيهما مصدراً لإشباع حاجاته من حب وحنان ودفء عاطفي ، وحماية وأمن ، ولكنهما في الوقت نفسه مصدر للسلطة ، ولهذا يشعر الطفل بصراع بين شعوره بالحب لوالديه وكراهيته للسلطة الصادرة عنهما (عيسوي ، ١٩٩٠) .

ـ يحدث العدوان عند الطفل عندما يحدث تغير جوهري في حياته مثل مرحلة الفطام ، ومرحلة الذهاب إلى المدرسة ، ومرحلة الانتقال من الطفولة إلى المراهقة أو الانتقال من مدرسة إلى أخرى .

ـ كما يلجأ الطفل إلى العدوان على بعض ما تقع عليه يداه بسبب حب الإستطلاع والرغبة في اكتشاف بعض الأمور الغامضة بالنسبة إليه، فقد يُدمر الطفل دمية ثمينة ليعرف ما بداخلها مثلاً ، وقد يضرب القطة الآمنة ليسمع مواءها . . . إلخ .

ـ كثرة الشجار بين الوالدين مما يؤدي بالطفل إلى شعوره بعدم الثقة بمن حوله مما ينعكس على شخصيته وفي ضعف قدرته على السيطرة على المشاكل والصعوبات التي تواجهه .

طرق الوقاية والعلاج :

للعدوان أضرار خطيرة تعود على الطفل نفسه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه على حد سواء .

فالعدوان يُسبب للطفل فقراً في العلاقات الاجتماعية والإنسانية السوية بالإضافة إلى ما يجره من اضطراباتٍ جسمية ونفسية . ولهذا لا بد من البحث عن طرق الوقاية من العدوان قبل وقوعه ومعالجته في حالة حدوثه عند الطفل ، فالعدوان عند الطفل جدير بالرعاية النفسية والتربوية الحديثة .

ويمكن ذكر أهم طرق الوقاية والعلاج من العدوان كالتالي :

ـ ضرورة الاعتدال في تنشئة الطفل :

ولهذا على الآباء والمربين عدم اللجوء إلى العدوان والغضب الشديد عندما يخطىء الطفل ، بل لا بد من التحكم في هذا الغضب وكبحه قدر الإمكان . فالطفل يقلد والديه والكبار من حوله ، إذ أن الكثير من الآباء يغضبون ويثورون لأسباب بسيطة في الحياة اليومية مما يؤدي إلى نقل هذا السلوك إلى الأبناء . فقد بيّنت الدراسات أن الآباء ذوي الاتجاهات العدوانية لا يتقبلون الأبناء ، ولا يمنحونهم العطف والقبول ، ويميلون إلى استخدام العقاب البدني في ضبط سلوك أبنائهم . ولكن يجب ألا يعني ذلك أن نستسلم لمتطلبات الطفل ونسرف في تدليله ، وإعطائه قدراً من الحرية أكثر من اللازم . ولهذا يرى (فيرجيلد Fairchild ١٩٧٧ ، وليفكوفيتس Lefkowitz ١٩٧٧ ، وسيرز Sears ١٩٥٣ في شيفر ، ١٩٨٩) أن استمرار المزج بين ضعف العطف الوالدي وبين العقاب البدني القاسي لفترة طويلة من الزمن يؤدي إلى العدوان والتمرد وعدم تحمّل المسؤولية لدى الطفل .

ـ لابد من شعور الطفل بالراحة النفسية والجو الآمن في المنزل والمدرسة :

فالطفل الذي يعيش خبرات سارة سعيدة يميل إلى أن يعكس سعادته على الآخرين من خلال سلوكه معهم . كما أن توفير علاقات قوامها المحبة والمساواة والتسامح والتعاون في جوٍ أسري آمن من شأنه أن يُبعد الطفل عن العدوان ويُقلل

منه في حالة وجوده . فالشعور بعدم الأمان والخوف والإحباط يمكن أن يؤدي إلى العدوان الذي يتجه إلى مصدر الصراع أو قد ينحرف إلى شخصٍ آخر لا علاقة له بذلك .

ــ تعويد الطفل تحمّل الإحباط :

ولهذا لا بد من إبعاد الطفل عن الخبرات التي توقعه في الفشل والإحباط ، وتكليفه بأعمال فوق طاقته ، بالإضافة إلى توفير فرص النجاح له ما أمكن إذ أن النجاح في القيام بالأعمال والمهمات الموكلة إليه تعزز من ثقته بنفسه وتبعد عنه مشاعر النقص والإحباط والتي تؤدي إلى العدوان . ولكن في حالة ظهور العدوان عند الطفل فيجب عدم كبته ، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيها ، ولكن يجب توجيهه إلى مسالك مقبولة .

ــ على الأسرة توفير المناشط الحركية المنظمة للطفل :

فالطفل لديه طاقة زائدة ويحتاج إلى الحركة والتدريب الجسمي من خلال الألعاب والتمارين والتي تعود عليه بالنفع وتمتص طاقته الزائدة ، وتساعده على تنمية قدرته على الخلق والإبداع . فاللعب عند الطفل يفرغ الانفعالات الموجودة لديه ، بالإضافة إلى أن الرياضة التنافسية (كرُة القدم) تساعد على تصريف النزعات العدوانية التنافسية بشكلٍ مقبول اجتماعياً .

ــ دراسة الأسباب المؤدية إلى العدوان :

لا بد للآباء والمربين من دراسة حالة الطفل جيداً للكشف عن الأسباب المؤدية إلى العدوان للعمل على تجنبها أو علاجها بما يتفق وشخصية الطفل وظروفه وقدراته ، حيث أن طبيعة الطفل هي التي تفرض عليه نوعاً خاصاً من الانفعال والاستجابة للمواقف المختلفة ، فما يثير انفعال طفل قد لا يُثير انفعال طفلٍ آخر . كما يجب البحث عن الحاجات غير المشبعة عند الطفل والعمل على إشباعها فقد تكون هذه الحاجات هي التي أثارت العدوان عنده .

ــ الابتعاد عن العقاب الجسدي ما أمكن :

فقد يلجأ المربون والاباء إلى اتباع نظام قاس ، والالتزام بقواعد معينة لا يفهمها الطفل ولا يستطيع تنفيذها مما يعرضه للفشل ، ويلجأ حينها الآباء والمربون إلى استخدام أساليب القسوة لإرغامه على اتباع هذه القواعد .

فالعقاب الجسدي الذي يسلكه الآباء بكثرة مع الطفل قد يؤدي إلى تبلد المشاعر الانفعالية لديه ، كما أنه قد يألف هذه العقوبة ولا تعود تجدي معه كثيراً ، مما يجعل هذه العقوبة عقيمة .

ولهذا لا بد من الإقلاع عن هذه العقوبات الجسدية مع الطفل ومعاملته بالعدل والمساواة والتوجيه والنصح ، وعدم اللجوء إلى تصيد أخطائه مما يجعله يسلك طرقاً ملتوية للحصول على مطالبه أو في التعبير عن غضبه .

كما يجب هنا على الأخصائي الاجتماعي أو النفسي في المدرسة أن يتعاون مع المدرس ومع الآباء لمواجهة السلوك العدواني الذي يظهر عند الطفل .

ــ التقليل ما أمكن من التعرض لنماذج عدوانية :

تُشير الدراسات (شيفر ، ١٩٨٩) أن الأطفال الذين يشاهدون تصرفات عدوانية يميلون إلى أن يتصرفوا بعدوانية أكثر . فالتلفزيون وما يقدمه من مشاهد عنيفة يؤدي إلى تقليد الطفل لهذه المشاهد والنماذج .

والجدير ذكره أن الأطفال في أمريكا يقضون ساعاتٍ أمام شاشة التلفزيون أكثر مما يقضون في أي نشاطٍ آخر . فأفلام الكرتون التي تُعرض في يوم السبت مثلاً تحتوي على ٢١,٥ عملاً عدوانياً في كل ساعة . ولهذا فإن مشاهدة القتل والنزاع من خلال التلفزيون يؤدي إلى إيقاظ الأحاسيس الفسيولوجية عند الطفل مما من شأنه أن يؤدي إلى العدوان فيما بعد ، خاصة إذا كان ما يُعرض من نماذج عدوانية يتوافق مع قيم وأسلوب حياة الطفل الذي كونه في الأسرة والمجتمع المحيط .

ــ تعزيز السلوك المرغوب فيه :

لا بد من إظهار الرضا وامتداح الطفل في كل مرة يقوم بها في اللعب مع الأطفال الآخرين دون أن يظهر عنده العدوان أو المشاجرة معهم . ولا مانع من أن نمزج المديح مع المكافأة المادية إذا تكرر سلوكه غير العدواني مع الآخرين .

ــ التجاهل المتعمد للسلوك العدواني :

يجب أن يُصاحب تعزيز السلوك المرغوب عند الطفل بتجاهل تصرفاته العدوانية شريطة ألا يترتب عليها تهديد جدي لسلامة الآخرين . كما يجب عدم

مجادلة الطفل أو توبيخه أو معاقبته بسبب سلوكه العدواني ، بل لا بد من تجاهل هذا السلوك . وتُشير نتائج الدراسات أن الراشدين يمكن أن يخفضوا استجابات العدوان اللفظية والجسمية عند الأطفال بشكل واضح عن طريق التجاهل المنظم للتصرفات العدوانية، وإبداء الاهتمام بالسلوك التعاوني عندهم والعمل على امتداحه (شيفر ، ١٩٨٩) .



الفصل الثامن:

المشكلات الدراسية عند الأطفال

أولاً : مشكلة التأخر الدراسي .
ثانياً : ضعف دافعية الإنجاز الدراسي .
ثالثاً : مشكلات التكيف لدى المتفوقين عقلياً .



الفصل الثامن

المشكلات الدراسية عند الأطفال

يُقصد بالمشكلات الدراسية تلك المشكلات التي تتعلق بتحصيل التلاميذ في المواد الدراسية. وسوف نستعرض فيما يلي أهم هذه المشكلات التي تواجهها المدرسة عند التلاميذ.

أولاً : مشكلة التأخر الدراسي :

مفهوم التأخر الدراسي ومظاهره :

لقيت مشكلة التأخر الدراسي اهتماماً عالمياً واسعاً في الأوساط العلمية منذ بداية القرن العشرين. ففي سنة ١٩٠٥ طلبت السلطات التربوية الفرنسية من عالِم النفس ألفرد بينه Binet دراسة مشكلة التأخر الدراسي عند تلاميذ المدارس، وبعد ذلك تتالت الدراسات المتعلقة بهذه المشكلة.

والتأخر الدراسي مشكلة يُعاني منها التلاميذ والآباء والمدرسون في آنٍ واحد. فهي من المشكلات التربوية والاجتماعية والنفسية تؤدي إلى إعاقة نمو التلميذ نفسياً واجتماعياً وتربوياً. كما تمثل هدراً في الطاقة البشرية، حيث تتعطل نسبة كبيرة من هذه الطاقة والتي يكون المجتمع في أمس الحاجة إليها.

والتأخر الدراسي مشكلة أساسية وهامة في مرحلة التعليم الابتدائي، لأن هذه المرحلة تستوعب معظم الأطفال الذين هم في حوالى سن السادسة ومن بينهم نجد ما لا يقل عن ٢,٣٪ متخلفين دراسياً.

هذا وقد عرّف التأخر الدراسي تعريفات عديدة. ففي قاموس علم النفس الألماني Lexikon der Psychologie (١٩٨٠، ص ٢٠١٠) عرّف التأخر

الدراسي بأنه « ضرر كثير أو قليل في نمو شخصية التلميذ عند تحقيقه لمتطلبات الخطة الدراسية ، والذي لا يمكن التغلب عليه إلا من خلال إجراءات تربوية وخاصة التشجيع الفردي » . في حين أن زهران وبرادة (١٩٧٤) قد عرّفا التأخر الدراسي بأنه حالة تخلف أو تأخر أو نقص في التحصيل لأسباب عقلية أو اجتماعية أو انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي المتوسط بأكثر من انحرافين معياريين سالبين . بهذا المعنى يكون التأخر الدراسي تأخراً في التحصيل عن متوسط الأقران ، أي أنه تأخر مؤقت يعود إلى أسباب اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية أو ثقافية .

من هذا المنطلق يمكن أن نعرّف التأخر الدراسي بأنه مشكلة دراسية تظهر على شكل تأخر في مستوى التحصيل عن المستوى المتوسط ، بحيث يكون هذا المستوى عند التلميذ أقل من مستوى قدرته التحصيلية الحقيقية ، والذي قد يكون في مادة دراسية أو أكثر ، وقد يكون دائماً أو مؤقتاً ، يعود في أسبابه إلى عوامل جسمية أو عقلية أو انفعالية أو اجتماعية أو تربوية .

فالتأخر الدراسي قد يكون عاماً في جميع المواد الدراسية ، وهنا يرتبط التأخر في الغالب بنقص القدرات العقلية عند التلميذ وتنخفض نسبة الذكاء عنده إلى حدٍ يتراوح بين ٧٠ - ٨٥٪ .كما أن التأخر الدراسي قد يكون خاصاً في مادة أو مواد معينة (مثل الحساب ، أو الإملاء . . .) حيث يرتبط التأخر هنا بنقص في قدرة عقلية معينة . ويمكن تقدير التأخر الدراسي على أساس العمر التحصيلي والعمر الزمني للفرد وذلك من خلال المعادلة التالية :

$$\text{النسبة التعليمية} = \frac{\text{العمر التحصيلي}}{\text{العمر الزمني}} \times ١٠٠$$

فعندما يكون العمر التحصيلي أقل من العمر الزمني فهذا يعني أن هناك تأخراً دراسياً .

* أسباب التأخر الدراسي :

يعود التخلف الدراسي إلى عددٍ من الأسباب المتداخلة بعضها يتصل بالشخصية، والآخر يتصل بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية ، والثالث يرتبط

بالعوامل التربوية . وفيما يلي سنتحدث عن هذه الأسباب بشيءٍ من التفصيل :

١ ـ الأسباب الشخصية :

إن هذه الأسباب ترتبط بالتلميذ المتأخر دراسياً من حيث مستوى ذكائه وصحته الجسمية العامة ، ومدى صحة حواسه .

أ ـ مستوى الذكاء : أكدت العديد من البحوث Franker (١٩٦٠) ، وSmith (١٩٥٧) ، Cambbell (١٩٥٧) ان المتخلفين دراسياً يتراوح ذكاؤهم بين النقص أو الغباء الشديد والضعف العقلي . ويرتبط بذلك ضعف الذاكرة ، ونقص القدرة اللغوية ، وضعف الانتباه ، والتركيز وضعف القدرة على التفكير الاستنتاجي ، وصعوبة التفكير المجرّد ، وضعف القدرة على حل المشكلات ، وسطحية الإدراك ، ونقص الميل العلمي (انظر منصور ، ١٩٨١) . وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (١٩٧٤) حيث وُجد أن ٧٨ ٪ من المتأخرين دراسياً ينتمون إلى مستويات الذكاء دون المتوسط . فانخفاض الذكاء يُعتبر من العوامل المعجلة لظهور التأخر الدراسي عند التلاميذ . وهذا لا يعني أن التأخر الدراسي غير موجود عند من يتمتعون بذكاء متوسط أو أعلى ، فقد يوجد التأخر الدراسي عند هؤلاء ونعزوه إلى عوامل اجتماعية أو تربوية .

ب ـ الصحة الجسمية : هناك علاقة بين النمو الجسمي المضطرب وبين التأخر الدراسي . فقد بينت الدراسات أن معدل النمو لدى الأطفال المتأخرين دراسياً أقل في تقدمه بالنسبة إلى متوسط معدل نمو أقرانهم العاديين والمتفوقين (حسين ، ١٩٨٦) . كما أن الضعف العام وقلة الحيوية ، وقلة النشاط الجسمي العام تعد من الخصائص الجسمية والصحية العامة للمتأخرين دراسياً . وهذه الخصائص تعوق التلميذ عن الانتظام في دراسته ، وتعرضه للإجهاد السريع ، بالإضافة إلى معاناة المتأخر دراسياً من أمراض مختلفة منها : الأمراض الداخلية ، والأمراض الصدرية ، وأمراض القلب ، وأمراض الغدد ، وأمراض العيون وغير ذلك من أمراض .

ج ـ الضعف في الحواس : يُلاحظ عند الأطفال المتأخرين دراسياً ضعف في حاسة أو أكثر، وكذلك عيوب في النطق والبطء في الكلام . وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (١٩٧٤) ، فقد وجدا أن ٧ ٪ من أفراد عيّنة

المتخلفين دراسياً يُعانون من عيوب في السمع (ضعف في السمع) ، وأن ٦ ٪ يُعانون من عيوب في النطق والكلام أهمها اللثغة واللجلجة ، والبطء الواضح في الكلام .

د ـ **الحالة الانفعالية** : يتميز الأطفال المتأخرون دراسياً بعدم الاتزان الانفعالي ، حيث نجد عندهم سرعة الانفعال أو العاطفة المضطربة أو المتبلدة . كما يُعاني الأطفال المتأخرون دراسياً من الشعور بالقلق والخوف والنقص والغيرة والميل إلى العدوان نحو زملائهم أو نحو مدرسيهم أو المدرسة بصورة عامة .

كما أنهم يُعانون من الاستغراق في أحلام اليقظة ، وشرود في الذهن وعدم القدرة على التركيز لفترة طويلة . كما تظهر عندهم ثورات انفعالية حادة ، ويُعانون من الأحلام المخيفة . كما تتميز اتجاهاتهم نحو ذواتهم ونحو المدرسة ونحو المجتمع بالسلبية وذلك بسبب شعورهم بالفشل والإحباط وعدم التقبل من المدرسة ومن المنزل مما ينعكس على عدم تقبلهم لذواتهم وللآخرين ، وهذا من شأنه أن يؤثر في إنجازهم الدراسي ويُقلل من دافعيتهم نحو الدراسة .

٢ ـ الأسباب الاجتماعية والاقتصادية :

إن اضطراب العلاقات بين الطفل ووالديه أو بينه وبين أخوته يجعل الجو النفسي الذي يعيش فيه الطفل غير مناسب للدراسة والتحصيل . بالإضافة إلى ذلك فإن أساليب التنشئة الوالدية التي يتبعها الوالدان مع الطفل وما يسودها من تسلّط وقسوة ونبذ أو حماية زائدة وإسراف في التدليل من شأنه أيضاً أن لا يهيىء المناخ المناسب للدراسة . كما أنّ اتجاهات الوالدين السلبية نحو الدراسة والمدرسة ، وعدم اهتمامهم بالتعليم من شأنه أن ينمي لدى التلميذ اتجاهات غير مرغوبة نحو المدرسة والدراسة . كما أنّ التفكك الأسري ، وكثرة الشجار بين الوالدين وما يؤدي إليه من انفصال وطلاق يؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي عند الطفل وينعكس ذلك مباشرة على تحصيله الدراسي وهروبه من المدرسة .

كما أنّ انشغال الوالدين الزائد بالعمل وإهمال الطفل دون توجيه ورعاية ، بالإضافة إلى فشل الوالدين في إعداد وتهيئة الطفل لدخول المدرسة عوامل أساسية في التأخر الدراسي . فقد أثبتت دراسة سلطان وآخرين (١٩٧٤) أنّ أسر

المتفوقين دراسياً يقومون بمتابعة أولادهم في شؤون الدراسة والتعاون مع المدرسة في تدعيم العمل التعليمي بنسبة أكبر من أسر الأطفال المتأخرين دراسياً .

وتؤكد الدراسات (ديسيكو Dececco ، ١٩٧٠ ، أوسر oeser ١٩٧٣) أنّ هناك علاقة ذات دلالة بين مستوى التحصيل الدراسي والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة خاصة فيما يتعلق بانخفاض دخل الأسرة ، وضيق المسكن ، وانصراف التلميذ للعمل لمساعدة الأسرة (انظر منصور ، ١٩٨١) .

وفي الوقت نفسه فإنّ ارتفاع المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة إذا اقترن بعدم التوجيه السليم وعدم الاكتراث بالدراسة والمدرسة من قبل الوالدين واعتبار الدراسة والتحصيل أمراً ثانوياً وأنّها ليست أساسية في الحراك الاجتماعي والاقتصادي يعد من العوامل الأساسية للتأخر الدراسي .

كما أثبتت دراسة سلطان وآخرين (١٩٧٤) أنّ هناك علاقة بين مستوى تعليم الآباء والأمهات ومستوى تحصيل التلاميذ في المدرسة ، حيث أنّ نسبة الأمية بين آباء المتأخرين دراسياً أعلى منها بين آباء المتفوقين دراسياً .

كما أنّ البيئة المدرسية (بما تضمه من مدرس ومادة دراسية وادارة وزملاء داخل المدرسة) تشكل أحد العوامل البيئية التي تساهم في التأخر الدراسي إذا كان دورها سلبياً تجاه التلميذ في المدرسة .

٣ - الأسباب التربوية :

يواجه التلاميذ المتأخرون دراسياً والذين يقل مستوى ذكائهم العام عن المتوسط مناهج تفوق مستواهم العقلي ، إذ أنّ المناهج المدرسية توضع للطلاب الوسط أو فوق الوسط من حيث المستوى العقلي . وقد أثبتت الدراسات أنّ العمر العقلي للتلاميذ المتأخرين دراسياً يتوقف نموه غالباً في حوالي الثالثة عشرة والنصف ، وهذا ما يزيد مشكلة التلميذ المتأخر دراسياً في استيعاب المنهج المدرسي .

وفي الغالب يكون تحصيل التلميذ المتأخر دراسياً أقل من المتوسط بحوالي عامين تقريباً وخاصة في المواد الأساسية الحساب والقراءة . حيث أنّ مثل هؤلاء التلاميذ يعجزون عن إدراك المجردات والاحتفاظ بالتجارب والخبرات المتعلمة

لفترة طويلة بسبب ضعف ذاكرتهم وعدم القدرة على الانتباه والتركيز لفترة طويلة .

وقد بينت دراسة منصور (١٩٧٩) في البيئة السعودية أنّ ٧٧ ٪ من المتأخرين دراسياً والذين يتغيبون عن المدرسة يكون سبب تغيبهم المرضي بنسبة ٧٧ ٪ ، وبسبب عدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة ١٣ ٪ ، والخوف من أحد المدرسين ٥ ٪ ، وأسباب أخرى ٥ ٪ .

كما بينت الدراسة نفسها أنّ ٥٩ ٪ من التلاميذ المتأخرين دراسياً لا يوجد لديهم مكان مستقل للدراسة ، وأنّ ٩٩ ٪ ممن يذاكرون مع آخرين يذاكرون مع أقارب لهم ، وهذا ما يؤدي إلى تشتت انتباههم عندما يذاكرون بشكل جماعي ، أو يذاكرون مع وجود آخرين في الغرفة نفسها يشاهدون التلفزيون أو يستمعون إلى الراديو . . . إلخ .

بالإضافة إلى ذلك فإنّ ضعف التلميذ الدراسي في مادة أو أكثر يؤدي إلى هروبه من المدرسة أو حتى الانقطاع عنها . كما أنّ كراهية بعض التلاميذ لبعض المواد الدراسية يرتبط ارتباطاً واضحاً بكراهيتهم لمدرسي هذه المادة .

زد على ذلك فإنّ استخدام المدرس لأساليب غير تربوية في العقاب مثل العقاب الجسدي يؤدي إلى خوف التلميذ وضعف ثقته بنفسه مما ينعكس مباشرة سلباً على تحصيله الدراسي . وهذا ما أكدته دراسة منصور (١٩٧٩) حيث وجد أنّ ١٦ ٪ من التلاميذ المتأخرين دراسياً يعانون من ميل إلى الانطواء ، و ١٩ ٪ كثيرو الشجار ، و١٠ ٪ يقومون بتدمير محتويات الفصل ، و ٣٠ ٪ لديهم شعور بالنقص ، و٨ ٪ كثيرو السرحان (الشرود الذهني) .

طرق الوقاية والعلاج من التأخر الدراسي :

إنّ القاعدة الأساسية في التأخر الدراسي هي أنّ الوقاية خير من العلاج ، ولكنه في حالة وجود التأخر الدراسي عند الأطفال (تلاميذ المدارس) فلا بدّ من اتخاذ الإجراءات السريعة لمعالجة هذه المشكلة وتخليص التلاميذ منها بكل السبل والوسائل المتوفرة . وأهم طرق الوقاية والعلاج ما يلي :

— ضرورة العناية بالصحة الجسمية للأطفال منذ سن مبكرة مع المتابعة المستمرة لهم في سنوات الالتحاق بالمدرسة .

- الاهتمام بتنمية حواس التلاميذ ، وعلاج كل قصور يظهر عندهم في هذه الحواس ، وأن يتم مراعاة توزيع التلاميذ داخل الفصول بما يتفق وحالة الحواس عندهم (حالة حاستي السمع والبصر) بحيث يوضع الأطفال ذوو السمع الخفيف في المقاعد الأمامية وكذلك من يعانون من اضطرابات بصرية .

- ضرورة الكشف المبكر عن الأطفال المعوقين فكرياً وذلك لاتخاذ التدابير اللازمة لتنمية قدراتهم العقلية وخاصة القدرة على حل المشكلات .

- تشجيع أولياء الأمور على إرسال أبنائهم إلى دور الحضانة ورياض الأطفال وذلك لتدريب حواسهم وعقولهم وتنمية قدراتهم العقلية والجسمية والاجتماعية لتلافي حدوث تأخر دراسي فيما بعد (Baier , 1980) .

فالتربية في سن مبكرة تساعد على تطوير وتنمية الخيال والإبداع عند الطفل ، وتعوض عن الحرمان الاجتماعي والثقافي الذي يعانيه الكثير من الأطفال في منازلهم .

- على المدرسة الابتدائية الاهتمام بالأنشطة المدرسية المتنوعة والمرتبطة بواقع البيئة والتي تستند إلى الإدراك الحسي أكثر من الإدراك المجرد .

فالتنوع في الأنشطة المدرسية يساعد الطفل على التركيز ويطيل أمده ، بالإضافة إلى أنه يقضي على الملل ، ويحفز الطفل على النشاط ، ويزيد من حبه للمدرسة ويجعل اتجاهاته نحوها إيجابية .

- الاهتمام باستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمتنوعة لما لها من أهمية في تعليم المتأخرين دراسياً وذلك نتيجة لمخاطبتها للحواس التي من شأنها أن تسهل عملية الفهم والاستيعاب .

- إعداد مناهج وبرامج دراسية خاصة بالمتأخرين دراسياً تعتمد على النواحي الحسية وشبه الحسية ، ولا تتطلب ذكاءً عالياً . ولذلك لا بد أن تكون الكتب المقررة ملونه جاذبة للتلاميذ المتأخرين دراسياً من أجل إثارة فضولهم للاطلاع ومزيد من الدراسة .

- العمل على إعداد برامج وخطط تعليمية علاجية خاصة بالمتأخرين دراسياً ، يشرف على تنفيذها معلمون متخصصون ، وذلك من خلال استخدام الطرق

المناسبة للقدرات التي توجد عند المتأخرين دراسياً مع التركيز على الجوانب الحسية .

- ضرورة الاهتمام بدراسة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمتأخرين دراسياً والعمل على تعديلها أو تغييرها ، مع تهيئة الظروف المناسبة للتحصيل والدراسة الجيدة تلافياً لحدوث التأخر الدراسي .
- ضرورة اتباع أساليب تربوية سليمة في تنشئة الأطفال وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة ، وتجنب كل ما يؤدي إلى التفكك الأسري حتى نستطيع استبعاد حالات التأخر الدراسي .
- ضرورة الاهتمام بتأمين الجو النفسي الآمن للطفل المليء بالدفء العاطفي والبعيد عن التوتر والمشاحنات ، مع توخي المساواة في المعاملة بين الأخوة .
- العمل على علاج المشكلات الانفعالية المصاحبة للتأخر الدراسي ، فقد أوضحت الدراسات أن التوافق بمكوناته المختلفة يلعب دوراً هاماً في التحصيل الدراسي . فقد لا يكون الجو الأسري مناسباً لعملية الدراسة والاستذكار بالإضافة إلى مفهوم الذات المتدني عند الأطفال المتأخرين . فقد دلت الدراسات التي قام بها كل من كامل (١٩٨٠) ، وقشقوش ومنصور (١٩٧٩) أن هناك العديد من العوامل اللامعرفية تؤثر بشدة في التحصيل مثل : انخفاض مستوى الطموح ، وقلة الدافعية للإنجاز ، والقلق والعصابية . كما توصلت دراسة كامل (١٩٨٩) إلى أن انخفاض التوافق الذاتي أو المنزلي ، والمدرسي والاجتماعي يؤثر سلباً على التحصيل . ولذلك فإن وضع برنامج سلوكي لمشكلات التلاميذ النفسية يعمل على ارتفاع درجاتهم في التحصيل (كامل ، ١٩٩٣ ، ص ٤٧٠) .
- ضرورة توفير خدمات إرشاد نفسي وتربوي داخل المدرسة ، مع إقامة علاقة وثيقة مع أولياء أمور الأطفال المتأخرين دراسياً للتعاون من أجل التخلص من هذه المشكلة .
- ضرورة توفير الوقت الكافي للتلميذ المتأخر : ويرى بلوم Bloom (١٩٧٤) أنه لو أمكننا توفير الوقت الكافي والمساعدة اللازمة للتلميذ المتأخر دراسياً مع إثارة الدافعية لديه فإنه يستطيع الوصول إلى مستوى المحك المطلوب . ولهذا فإنه بتوفير سبل التغلب على الصعوبات الدراسية داخل الفصل مع إتاحة

الوقت الكافي للتلميذ على أساس مستوى الأداء الذي نتوقعه ونريد تحقيقه فإن التلميذ يستطيع استيعاب وتعلم ما هو مقرر . ولهذا فإن منحنى الجرس يمكن أن يتحرك عليه التلاميذ الضعفاء ليتجهوا نحو المستوى المتوسط ، وهذا الأخير يمكنه الانتقال إلى المستوى المرتفع ، أما المرتفعون فيمكن باستخدام البرامج الخاصة بهم أن ينتقلوا إلى مستوى المتفوقين (كامل ، ١٩٩٣) .

ثانياً : ضعف دافعية الإنجاز الدراسي :

مفهوم الدافعية للإنجاز ومظاهرها :

تُعتبر دافعية الإنجاز أحد الجوانب المهمة في نظام الدوافع الإنسانية ، فهي حالة داخلية تحرك السلوك وتوجهه نحو هدفٍ ما .

وقد عرّف موسى (١٩٩٠ ، ص ٥) الدافع للإنجاز بأنه « الرغبة في الأداء الجيد ، وتحقيق النجاح ، وهو هدف ذاتي ينشط ويوجه السلوك ويُعتبر من المكونات المهمة والأساسية للنجاح الدراسي » .

ومفهوم دافعية الإنجاز يرتبط بأعمال موراي في كتابه « استكشاف الشخصية » ١٩٣٨ ، إلا أن تحديد معناه يعود إلى العالم سيرز Sears (١٩٤٢). غير أن الدراسات المنظمة في هذا المجال قد ارتبطت بأعمال « ماكليلاند » و« أوتكنسون » ولهذا استناداً إلى أعمال ماكليلاند وأوتكنسون يتحدد مفهوم دافعية الإنجاز بأنه « السعي تجاه الوصول إلى مستوى من التفوق أو الامتياز وهذه النزعة تمثل مكوناً أساسياً في دافعية الإنجاز ، وتُعتبر الرغبة في التفوق والامتياز أو الإتيان بأشياء ذات مستوى راقٍ ، خاصية مميزة لشخصية الأشخاص ذوي المستوى المرتفع في دافعية الإنجاز » (قشقوش ، ١٩٧٩ ، ص ٣٤) .

ولهذا يُعتبر الدافع للإنجاز أحد الدوافع المهمة التي توجه سلوك التلميذ خلال سنوات دراسته من أجل تحقيق التقبل أو تجنب عدم التقبل (تحقيق النجاح أو تحقيق الفشل) ، فهي قوة مسيطرة في حياة التلميذ المدرسية ، حيث أن تقبل المعلمين لهم يقوم أساساً على استمرارهم في تحقيق مستوى مرتفع من الإنجاز . ولهذا فإن التلاميذ الذين تظهر عندهم دافعية عالية للإنجاز والتحصيل والتعلم يحصلون تحصيلاً عالياً حيث يُعتبر هؤلاء الأطفال أن النجاح لا يأتي إلا من خلال

العمل الجاد ، وأن الفشل يأتي من عدم العمل .

كما أن مرتفعي الدافعية للإنجاز يضعون لأنفسهم أهدافاً مرحلية يستطيعون تحقيقها ، حيث أن النجاح يؤدي إلى مزيد من النجاح والمثابرة أكثر مما تؤدي إليه الرغبة في تجنب الفشل . أما ضعف الدافعية للإنجاز فتؤدي إلى الضعف في التحصيل الدراسي وقد تؤدي إلى الفشل . فالتلاميذ الذين لا توجد عندهم دافعية كافية للإنجاز لا يبذلون جهداً يتناسب مع إمكاناتهم . وقد بينت الدراسات أن هناك حوالى ١٥ ـ ٤٠ ٪ من الأطفال تحصيلهم متدنٍ وأن تدني التحصيل هو أكثر ظهوراً عند الأولاد منه عند الإناث Asbury (١٩٧٤) ، وتدني التحصيل يظهر في سن السادسة ، حيث يبدأ الأطفال بالتنافس في التحصيل مع غيرهم ، وغالباً ما يزداد سوءاً إذا لم تتم معالجته بسرعة .

هذا وقد أظهرت نتائج الدراسات (قشقوش ، ١٩٧٩) أنه كلما زاد التركيب الأسري تسلطية وتقليدية ، انخفض مستوى الدافع للإنجاز بين الأشخاص الذين ينشأون في مثل هذه البيئات . فالإنسان ابن بيئته الاجتماعية يؤثر ويتأثر بها ، مما يجعل للأساليب التي يمارس فيها الضبط ولمصادرها أثراً كبيراً في دافعية الإنجاز عند التلاميذ . وقد ذكر لو Lao (١٩٧٧) أن البيئة والثقافة اللتين يعيش فيهما الفرد لهما أكبر الأثر في تكوين مصدر الضبط عليه ، مما دعا روتر Rotter ، إلى افتراض وجود علاقة بين الدرجة العالية للإنجاز وبين مصدر الضبط الداخلي للفرد ، حيث أن هؤلاء يشعرون بأن لديهم سيطرة وتحكماً على بيئتهم ، وأن ما يفعلونه يترتب عليه مكانتهم داخل الجماعة التي ينتمون إليها ، وأن التعزيزات أو عواقب السلوك من مدح أو ذم ومن تقدير أو عدم تقدير سببها سلوكهم وليس أحد غيرهم بخلاف الأفراد أصحاب مصدر الضبط الخارجي الذين يتقاعسون عن العمل لأن النتائج محكومة بعوامل ليس لهم سيطرة عليها وليست مترتبة على جهودهم مثل الحظ أو القدر الذي تدخل ولعب دوره ليصلوا إلى ما وصلوا إليه .

ولهذا أكدت دراسة مورين Maureen (١٩٨٣) أن ذوي مصدر الضبط الخارجي يميلون إلى إظهار مثابرة أقل في الأعمال التي يكلفون بها بعكس نظرائهم ذوي مصدر الضبط الداخلي والذين أظهروا ارتباطاً جوهرياً مع الإنجاز الأكاديمي (عبد الباسط ، ١٩٩٢) . وبما أن الدافع إلى الإنجاز

مكتسب من البيئة ، لذا تلعب التنشئة الاجتماعية للطفل دوراً أساسياً . فالأساليب التي تدعم الاستقلالية والثقة بالنفس عند التلاميذ تكون دافعيتهم للإنجاز عالية بعكس الأساليب التي تقوم على التسلط والقهر والمراقبة المستمرة وعدم الثقة ، حيث تقلل من الدافعية للإنجاز عند هؤلاء التلاميذ الذين يتعرضون لمثل هذه الأساليب القهرية .

وهذا ما أكدته دراسة هافين Heaven (١٩٩٠) حيث أظهرت أن الطلاب ذوي الضبط الداخلي يتفوقون في الإنجاز الأكاديمي بالمقارنة مع الطلاب ذوي مصدر الضبط الخارجي .

بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يأتون من بيئاتٍ اجتماعيةٍ محرومة أكثر عرضة لضعف الدافعية للإنجاز والدراسة ، كما أن عدم مراعاة المدرسة لاحتياجات وميول التلاميذ وعدم وجود ما يجذب اهتمام التلاميذ داخل المدرسة يؤدي إلى ضعف الدافعية للإنجاز والتحصيل بالمقارنة مع التلاميذ الذين يدرسون في مدارس تراعي حاجات وميول واهتمامات التلاميذ فيها .

أسباب ضعف الدافعية للإنجاز الدراسي :

إن لضعف الدافعية للإنجاز عند تلاميذ المدارس وخاصة في المرحلة الابتدائية أسباباً متعددة نذكر من ضمنها ما يلي :

١ ـ توقعات الوالدين المرتفعة جداً والمنخفضة جداً :

يرتبط دافع الإنجاز بشكلٍ مباشر بتدريب الطفل المبكر وممارسته . فالأفراد الذين يوجهون إلى الدراسة يتعلمون كيف يكونون مستقلين وهم أطفال وكانوا يكافأون على إنجازاتهم الدراسية من قبل والديهم . كما أن آباء الأطفال ذوي الحاجات القوية للإنجاز يميلون إلى الاشتراك انفعالياً في الأعمال التي يؤديها أولادهم والتي ترتبط بالإنجاز . ولكن قد يبالغ الآباء ويضعون معايير مرتفعة لإنجاز أبنائهم كلما أحرزوا تقدماً ، وقد يمارسون القسوة الشديدة ليحقق أبناؤهم الإنجاز العالي في المدرسة مما يجعل الأبناء غير مبالين بالتحصيل المدرسي وتضعف دافعيتهم للإنجاز ، ويشعرهم بأنهم فاشلون وكل ما يفعلونه غير صحيح .

بالإضافة إلى ذلك فإن توقعات الوالدين المرتفعة والمبالغ فيها يطور لدى

الأطفال خوفاً من الفشل ويؤدي إلى الإنجاز المنخفض . كما أن دفع الطفل إلى الإنجاز العالي قد يولّد لديه دافعاً لتجنب النجاح ، وهو دافع اجتماعي متعلم تستثيره المواقف التنافسية عندما يخشى الأفراد أن يجلب النجاح لهم نتائج سلبية .

من جهةٍ أخرى فإن توقعات الوالدين المنخفضة جداً من أبنائهم تؤدي بهم إلى الاستجابة وفقاً لذلك . والآباء في هذه الحالة لا يشجعونهم على الإعداد الكافي وبذل الجهد لأنهم يعتقدون أنهم غير قادرين على ذلك . كما أنهم لا يشجعون عندهم الاستقلالية والاعتماد على الذات مما يجعلهم اتكاليين وغير مهتمين بالإنجاز وتضعف دافعيتهم لذلك .

٢ ـ التنشئة الاجتماعية الخاطئة :

تلعب أساليب التنشئة الاجتماعية التي يتبعها الوالدان مع أبنائهم دوراً هاماً في إكسابهم الأساليب التي تركز على الاستقلالية والاعتماد على الذات أو الاتكالية واللامبالاة في الانجاز .

فالقسوة في المعاملة من أجل الوصول إلى الإنجاز العالي تؤدي إلى ضعف الدافعية عند الطفل كما يميل إلى الإهمال وذلك لعقاب الوالدين . كما أن شعور الطفل بأنه منبوذ وأنه موضع انتقاد مستمر من قبل والديه يولد لديه الشعور بعدم الكفاءة مما ينعكس سلباً على تحصيله الدراسي ويضعف دافعيته نحو الإنجاز .

أما الحماية الزائدة للأطفال من قبل الوالدين فيولّد لديهم الشعور بالضعف والاتكالية وعدم القدرة على المبادرة ويكونون غير ناضجين وضعيفي الدافعية للإنجاز .

أما إهمال الطفل أو تسيبه والذي يبعد رقابة الوالدين عنه باعتقادهم أن ذلك يعلّم الطفل الاعتماد على الذات والاستقلالية فإن هذا الأسلوب من شأنه أن يولّد عند الطفل شعوراً بالخوف وعدم الأمن وينعكس ذلك سلباً على دافعيته للإنجاز . فالأطفال هنا لا يتعلمون كيف يتصرفون بشكلٍ مناسب في المواقف الصعبة . وغالباً ما يكون الآباء أنفسهم متسيبين أو نشأوا في بيئة متسيبة .

إن ما ذكرناه من أساليب خاطئة للتنشئة الاجتماعية تؤدي إلى تدني تقدير الذات عند الطفل وشعوره بعدم القيمة إذ لا حول له ولا قوة .

وتدني تقدير الذات عند الطفل يؤدي إلى اعتقاده بأنه غير قادر على التعلم والإنجاز ، ويُقلل من قدر نفسه ومن مستوى طموحه مما يضعف من دافعيته نحو الدراسة والإنجاز .

٣ ـ كثرة الخلافات داخل الأسرة :

إن كثرة الخلافات والمشكلات داخل الأسرة تؤدي إلى إضعاف رغبة الطفل في الدراسة والمدرسة، وتجعل الطفل مكتئباً حزيناً يجتر آلامه ومخاوفه من هذه المشكلات وتؤدي إلى شعوره بعدم الأمن مما يضعف لديه الرغبة في التحصيل . وقد يلجأ بعض الأطفال إلى أساليب هروبية من هذه المشكلات باستخدام أحلام اليقظة وبعض العقاقير . . . وغير ذلك من وسائل .

٤ ـ الجو المدرسي غير المناسب :

تُعتبر سنوات المدرسة الأولى مهمة جداً في تشكيل الدافعية للإنجاز حيث تميل هذه الدافعية إلى الثبات نسبياً . ولهذا فإنه من الضروري جداً أن يتم تطوير الاهتمام بالتعلم عند التلاميذ وجعلهم أكثر تقبلاً للتنافس وتوقعاً للنجاح .

والمدرسون يلعبون دوراً هاماً في تنمية السلوك المرتبط بالإنجاز ، فالمدرس الجيد هو الذي يستطيع إثارة دافعية الطفل إلى أعلى درجة ممكنة ويساعد الطفل في الوصول إلى أقصى ما تسمح به قدراته . أما المدرّس الذي لا يُبالي بعمله ويكون غير متحمس لعمله وغير مدرب التدريب الكافي يؤدي إلى إضعاف الدافعية للإنجاز عند تلاميذه . ومثل هؤلاء المدرسين لا بد من إبعادهم عن العمل في مجال التعليم .

بالإضافة إلى ذلك فإنه يمكن للآباء أن يؤثروا تأثيراً إيجابياً في النظام التعليمي وخاصة من خلال مجالس الآباء وذلك من خلال ممارسة الضغوط الإيجابية على المدرسة لجعل التعليم أكثر إثارة وأكثر ارتباطاً بحاجات التلاميذ .

٥ ـ التأخر في النمو :

أكدت الدراسات (شيفر وميلمان ، ١٩٨٩) أن الأطفال الذين يسير نموهم بمعدل بطيء بالمقارنة مع أقرانهم هم أقل دافعية من أقرانهم ، أي أن توقعاتهم من أنفسهم في مجال التعلم قد تكون أقل من توقعات أقرانهم بما يعادل سنتين إلى

ثلاث سنوات ، مع أنهم قد يكونون من الناحية العقلية في مستوى المتوسط . ويوصف هؤلاء الأطفال بأنهم غير ناضجين جسمياً ونفسياً واجتماعياً .

أما الأطفال الذين يُعانون من صعوبات ذات منشأ وراثي في التعلم فإن النقص العام في الدافعية للإنجاز لديهم غالباً ما يكون ناتجاً عن وظائف الجهاز العصبي المركزي . وهؤلاء تعوزهم المثابرة ويحبطون بسهولة وتكون نواتج جهودهم غير مرضية لهم وللآخرين مما يولّد لديهم ضعف الدافعية للإنجاز .

الوقاية والعلاج :

ـ أن تكون توقعات الوالدين من أبنائهم معقولة ومقبولة :

إن تفهم الوالدين وحساسيتهما هامة جداً بالنسبة إلى صغار الأطفال خاصة . ولهذا يكون من الضروري العمل على تشجيع الطفل في عمر مبكر من أجل بذل الجهد الكافي ، وعلى تحمّل الإحباط لأن ذلك ينمي عند الطفل مفهوم ذات إيجابياً ويزيد من الدافعية للتعلّم والإنجاز .

كما يجب على الآباء تجنب النقد والسخرية من الأطفال ، وتشجيع محاولات الطفل لفهم العالم من حوله . والمهم أن يشعر الأطفال بأن والديهم يتقبلانهم حتى في الأحوال التي لا يتمكنون فيها من الأداء الناجح ، فيجب عدم ربط الجدارة الذاتية للطفل بالتحصيل والإنجاز .

وعلى الآباء أن يكونوا واعين متفهمين تماماً للاستعدادات الموجودة عند الطفل ، وأن تكون توقعاتهم معقولة من الطفل حتى لا يُصاب بالإحباط .

وعندما تكون متطلبات الوالدين ضمن حدود قدرات الطفل فإن إنجاز الطفل يكون مقبولاً وأكثر واقعية ، وهذا يجعل الأطفال ينظرون إلى الكبار على أنهم مصادر للدعم والتشجيع وليس مصادر للنقد والتجريح .

كما يجب على الآباء أن يعلموا أبناءهم كيفية تركيز الانتباه على مهمة معينة والمثابرة على إنجازها . وأن يتعلم الأطفال كذلك قيمة التعلم ، لأن ذلك يزيد من رغبتهم في التعلم عن قناعة وجدارة .

ـ ضرورة استخدام أسلوب المكافأة الفورية مع التلاميذ :

يتوجب على المعلمين والآباء امتداح سلوك الأطفال بشكلٍ مباشر أو غير

مباشر وأن يكافئوه . فالنجاح في المهمات المدرسية يرتبط ارتباطاً مباشراً باهتمام البيت والمدرسة بالإنجاز والحرص على مكافأته . فمفهوم الذات الموجب عند الطفل يتكون من خلال سلسلة الإنجازات التي يؤديها الطفل وتلقى الاستحسان من قبل الوالدين والمعلمين ، ولهذا فإن مكافآت الوالدين للأداء الصفي تترك أثراً واضحاً لدى التلاميذ منخفضي الدافعية ، وحتى الانتباه من قبل المعلمين والوالدين يمكن أن يكون مثيراً قوياً للدافعية إذا استخدم بشكل مناسب وهادف . فاستخدام المكافآت يؤدي إلى تحسين الأداء المدرسي إلى الحدّ الأقصى كما أشار إلى ذلك آيلون وكيلي Ayllon & Kelly (١٩٧٢) .

ـ مشاركة الآباء في تحسين الظروف المدرسية :

يمكن لمجالس الآباء أن تُحسن من المناخ المدرسي وتجعله أكثر جاذبية وإثارة لدافعية الإنجاز عند التلاميذ . ويكون ذلك من خلال الدعم لموازنة المدرسة من أجل تقديم المكافآت للمعلمين الجيدين ، وتدريب المعلمين في أثناء الخدمة ، وشراء الوسائل والأدوات التي من شأنها أن تزيد من فعالية التعليم وجاذبيته ، وأن يعمل الآباء أيضاً على اقتراح التعديلات على المناهج المدرسية لتصبح أكثر إثارة . بالإضافة إلى تشجيع تنظيم المحاضرات والندوات العلمية والبرامج الخاصة والرحلات العلمية . وكل ذلك من شأنه أن يثير ويزيد من الدافعية للإنجاز عند التلاميذ .

ثالثاً : مشكلات التكيف لدى المتفوقين عقلياً :

مفهوم التفوق العقلي ومظاهره :

يولد الفرد ولديه استعدادات فطرية معينة تشكل الأساس لقدراته العقلية مستقبلاً ، ثم تقوم البيئة بتسهيل أو إعاقة نمو هذه الاستعدادات وتحويلها إلى قدرات أو إعاقتها . وبما أن الأفراد يعيشون في بيئاتٍ متباينة ، فإن ذلك يؤدي إلى وجود أفراد لديهم قدرات مختلفة . واستناداً إلى ما يمتلكه الفرد من قدرات وتميز في هذه القدرات يمكن أن نسم هذا الشخص بدرجاتٍ مختلفة للتفوق ، فقد نقول إنه متفوق أو متفوق جداً أو عبقري . . . إلخ .

فالقدرات شروط أساسية ولازمة للإنجاز المتميز تمكن الفرد من ممارسة أعماله وأداء مهامه بشكلٍ متفوق وناجح . ولهذا ليس غريباً ألا نجد تعريفاً محدداً

للتفوق العقلي ، حيث يرى تورانس Torrance (١٩٨٢) أن ذلك يعود إلى توسع مفهوم التفوق ووجود طرق جديدة وكثيرة لاكتشاف الكثير من أشكال التفوق عند الأشخاص . فقد عرّف مثلاً باسو Passow (١٩٨٦) التفوق على أن القدرة على الامتياز في التحصيل .في حين أن دي هان وهفجهرست Dehaan & Havighurst (١٩٦٥) قد حددا مفهوم التفوق العقلي من خلال تأكيدهما على أن الأطفال المتفوقين يمتلكون قدرات عقلية وأكاديمية عامة ، ولديهم موهبة خاصة في المجالات المعقدة ، ويمتلكون صفات قيادية اجتماعية ، ولديهم قدرات تفوّق خاصة في المجال العلمي والتقني واليدوي ، ويمتلكون قدرة خلق فنية ، ولديهم قدرات متنوعة بالإدراك المكاني وإدراك العلاقات .

أما حوراني (١٩٩٢، ص ١٩) فيعرف التفوق بأنه«قدرة تساعد الفرد على القيام بإنجاز معقد ومركب في مجال أو أكثر من مجالات العمل الإنساني وذلك بشكل سهل وسريع نسبياً ، إذا ما قورن ذلك الإنجاز مع إنجاز أفراد آخرين من العمر نفسه » .

وبناءً على ذلك نتفق مع حوراني (١٩٩٢) فنرى أن التفوق العقلي عبارة عن قدرة تساعد الفرد على التفوق والإنجاز في مجال أو أكثر ، بسهولة وسرعة إذا ما قورن مع أداء الآخرين وإنجازهم .

والشخص المتفوق غالباً ما يمتلك صفات شخصية وعقلية وانفعالية وجسدية متميزة ، ولكن لا يعني دائماً أن هذه الصفات تجعله سعيداً . فقد دلت التقارير الواردة من قبل المشتغلين مع المتفوقين عقلياً أنه توجد لديهم مشكلات خاصة تتصل بهم كأشخاص أو تتعلق بمحيطهم الثقافي والاجتماعي .

ولهذا يرى بورت Burt (١٩٧٥) أن أهم مشكلات المتفوقين عقلياً هي في الفارق الكبير بين نضج قدراتهم العقلية ، وعدم نضج مشاعرهم وعواطفهم التي تتطابق مع عمرهم الزمني ، فهم أطفال يمتلكون وعياً كبيراً ويشعرون دائماً بالعزلة .

بالإضافة إلى ذلك توجد لدى المتفوقين مشكلات تحصيلية واجتماعية وانفعالية في المدرسة (حوراني ، ١٩٩٢) . ويذكر بعض علماء النفس أن نسبة كبيرة من الأطفال المتفوقين (حوالى الثلث) يظهر عندهم صعوبات دراسية أو لا

ينجزون الإنجاز الذي يتناسب مع قدراتهم العقلية .

وهذا يعني بأن هؤلاء المتفوقين يحتاجون إلى المساعدة والإرشاد والتوجيه لضمان حسن توافقهم ، وإنجازهم الإنجاز الذي يتناسب مع مستوى قدراتهم العقلية ، فهم جيل المستقبل المنتظر .

أسباب مشكلات التكيف عند المتفوقين :

تتنوع مصادر مشكلات الأطفال المتفوقين عقلياً فمنها ما يكون سببه الأسرة ، ومنها تسببه المدرسة ، والأخرى تتصل بذات الطفل المتفوق وغير ذلك من أسباب ومسببات لهذه المشكلات . ولهذا سوف نتناول فيما يلي أهم أسباب مشكلات التكيف عند المتفوقين عقلياً :

ـ الأسباب الأسرية :

قد يتجاهل الأبوان الطفل المتفوق عقلياً أو يقفان منه موقفاً سلبياً ، وذلك من خلال تكليفه بمهام لا تتناسب مع قدراته ، أو تقييد تصرفاته وعدم إتاحة الفرصة له في الاعتماد على نفسه في حل المشكلات التي تواجهه .

كما يبالغ الوالدان أحياناً في توجيه ودفع التلميذ (الابن) إلى التفوق والنجاح وأن يكون دائماً الأول في صفه ، مما يحتم على الطفل بذل جهودٍ كبيرة قد تفوق قدراته وإمكاناته وتوقعه في الإحباط ، مما من شأنه أن يؤدي إلى نفوره من المدرسة ، وفشله وتقصيره المدرسي ، وقد يؤدي أيضاً إلى إصابته باضطراباتٍ سلوكية مختلفة .

ـ الأسباب المدرسية :

ـ تلجأ المدرسة أحياناً إلى تقدير مستويات التفوق العقلي الخاصة أو العامة عند التلاميذ بشكلٍ خاطىء أو متأخر ، مما يترتب عليه أحياناً إغفال وإهمال التلاميذ المتفوقين وعدم رعايتهم ، الأمر الذي يؤدي إلى إصابتهم باضطرابات انفعالية مختلفة ، أو قد يؤدي إلى طمس القدرات الإنجازية المتفوقة خاصة إذا ترافق ذلك مع مراحل انقطاع النمو العقلي التي يراها تورانس (١٩٦٤) ، وخاتينا (١٩٨٢) التي تقع في الأعمار (٥ ، ٩ ، ١٣ ، ١٧) وأخطرها في سن التاسعة (انظر حوراني ١٩٩٢ ، ص ١٢٠ ، ١٢٢) .

ـ وقد يلجأ المعلم أيضاً إلى معاقبة التلميذ الذي يقع في الخطأ مما يؤدي ببعض التلاميذ المتفوقين إلى تجنب المبادرة حتى لا يتم الوقوع في الخطأ الذي يؤدي إلى العقاب وهذا من شأنه طمس الكثير من القدرات الموجودة عند التلاميذ وعدم إتاحة الفرصة لهم للتفوق والنجاح .

ـ كما أن اضطرار التلاميذ المتفوقين إلى الانتظار ومسايرة أقرانهم داخل الصف يؤدي بهم إلى الوقوع في مشكلات متعددة تؤدي إلى انخفاض سريع في منحنى نمو قدرات التفوق العقلي في عمر الرابعة والسابعة . كما أن التلميذ المتفوق يقدم أفكاراً أصيلة وجديدة قد لا تلقى القبول من قبل زملائه في الصف ، وقد يتخذون منها موقفاً سلبياً ، مما يجعل الطفل يضطر إلى مسايرة زملائه والامتثال إليهم . فقد أجرى تورانس عام ١٩٦٤ في الولايات المتحدة الأمريكية دراسة شملت ٤٥ تلميذاً من بين تلاميذ الصف السابع ، والذي افترض أنهم ربما سيتسربون باكراً من المدرسة بسبب تقصيرهم الدراسي ، فوجد أن ٩٥٪ من هؤلاء التلاميذ قد أظهروا أنه لا يوجد أحد في المدرسة يأخذ بجدية الأفكار والمقترحات التي يبدونها .

ـ بالإضافة إلى ذلك فإن معاقبة السلوك الاستكشافي والبحثي عند التلاميذ المتفوقين يؤدي إلى تقييد السلوك الذي يدل على التفوق العقلي وإخماده ، مما يؤدي إلى سلب شجاعة التلميذ المتفوق ، وزعزعة ثقته بنفسه .

فقد وجد تورانس (١٩٦٤) أن ٤٣ ٪ من التلاميذ الذين يرغبون في ترك المدرسة يخافون من طرح أسئلة في أثناء الحصة الدراسية .

ـ كما أن عدم مناسبة المنهج الدراسي لهؤلاء المتفوقين يؤدي بهم إلى الملل ، وفقدان الاهتمام . أو قد تشعرهم بالغطرسة والتكبر، ورفض المدرسة نظراً لعدم وجود المهمات التعليمية التي تتحدى تفكيرهم .

ـ **الأسباب الثقافية :**

قد تكون الأسباب الثقافية من المعوقات التي تعوق التفكير عند الأطفال المتفوقين عقلياً . فإبراز وتأكيد دور الجنس في تحديد السلوك المسموح أو الممنوع يؤدي إلى تقييد فضول التلميذ العلمي ، ويعدّ من المعوقات الأساسية في نموه وتفوقه التعليمي . ففي دراسة قام بها فوكس (١٩٨٧) على البنات المتفوقات في

مادة الرياضيات ، وجد أن معوقات النمو المدرسي لديهن داخلية وخارجية . أما المعوقات الخارجية فتتعلق بالدور الذي يقرّ به المجتمع للأنثى ويتم تدعيمه من قبل الأسرة والمجتمع ووسائل الإعلام . وهذا الدور الذي تتبناه الفتيات المتفوقات يتم تمثله ليصبح من المعوقات الداخلية الذي يعيق التحصيل المدرسي . وهذا ما يشير إلى قلة عدد الفتيات المتفوقات في الرياضيات بالمقارنة مع عدد الفتيان المتفوقين في هذه المادة .

بالإضافة إلى ذلك فهناك الاعتقاد الشائع لدى الكثير من الأوساط الثقافية بأن كل سلوك لا يُجاري السلوك العادي يُعد مرضياً وغير أخلاقي ويحتاج إلى تصحيح ، وهذا بدوره يعيق التفوق العقلي الذي يُعد انحرافاً عن السلوك العادي .

ـ الإجهاد والضغط النفسي المستمران عند المتفوقين عقلياً :

إن الدأب من أجل التفوق والتحصيل من خلال التصدي لمشكلات تتطلب الحل هو شيء مرغوب فيه لدى المتفوق عقلياً ، مما يدعم ثقة الشخص المتفوق بنفسه وبقدراته عند وصوله إلى الحل المناسب . ولكن قد تكون المشكلات أو المهمات تتطلب من المتفوق بذل جهود إضافية كبيرة ، أو قد تحتاج إلى قدرات عقلية تفوق ما لديه من قدرات مما يوقعه في الإجهاد النفسي أحياناً ، وقد يكون المجتمع سبباً في ذلك .

الإجراءات الوقائية والعلاجية :

إن المشكلات المتصلة بسوء التكيف لدى الأطفال المتفوقين عقلياً بعضها يعود إلى الطفل ذاته وبعضها يعود إلى الأسرة ، والآخر يعود إلى المدرسة . ولهذا لا بد من تقديم التوجيه والإرشاد لهؤلاء جميعاً وبصورة مستمرة ، وأن يكون تقديم التوجيه والإرشاد عملية شاملة .

حيث يرى خاتينا (١٩٨٢) في التوجيه إجراءً وقائياً يهدف إلى خلق شروط وإمكانات كتلك التي تسمح باكتشاف القدرات العقلية المتميزة لدى المتفوقين عقلياً ، ويؤدي إلى تحقيق الذات والصحة النفسية لديهم (انظر حوراني ، ١٩٩٢) .

أما أهم الإجراءات الوقائية والعلاجية فهي كالتالي :

أ ـ الإجراءات الموجهة إلى الطفل المتفوق :

لا بد من تقديم التوجيه والإرشاد إلى الطفل المتفوق لمعرفة كيفية الاستفادة من قدراته العقلية بالشكل الصحيح والمناسب ، دون أن يُصاب بالإجهاد النفسي ، وأن يوجه نشاطه في مسارات تعود عليه وعلى المجتمع بالفائدة الكبيرة .

ب ـ الإجراءات الموجهة إلى الأسرة :

الأطفال المتفوقون هم قبل كل شيء أطفال ويجب معاملتهم على هذا الأساس . ولهذا لا بد للوالدين في أثناء توجيههما للطفل المتفوق من أجل النجاح ، من أن يحرصا على معرفة مستوى قدراته ، وألا يكلفاه بأعمال تفوق مستوى هذه القدرات ، وأن يعلما أن النمو في جوانب الشخصية الأخرى لا تسير بالسرعة نفسها التي يسير فيها النمو العقلي . كما يجب على الأسرة أن تُحسن الاستماع إلى الطفل المتفوق خاصة في مسائل تستثير فضوله العلمي ، أو جوانب اجتماعية مشكلة بالنسبة إليه .

كما يحتاج الطفل المتفوق إلى المشاركة الوجدانية من قبل الأبوين ، مما يوجب على الأسرة البحث عن الوقت الكافي للتفاعل مع أبنائهم المتفوقين سواء في المنزل أو في نشاطات تنظمها الأسرة .

وعلى الأسرة أن تتفهم طموح أبنائها وولعهم الشديد بالتفوق ، وأن تسعى ما أمكن لتنمية جوانب التفوق المختلفة لديهم وتشجيعها بالشكل المطلوب ، وأن تتقبل التفوق لديهم ، وتعاملهم كأشخاص عاديين ، وليس على أساس أنهم أشخاص يمثلون فئة معينة ولديهم مواهب وقدرات خاصة . ولهذا يكون واجباً على الأسرة أن ترعى الطفل المتفوق وتحميه ما أمكن من الإحباطات والمشكلات التي يمكن أن يتعرض لها في حياته اليومية . وهذا يوجب على الأسرة أن تقيم صلاتٍ مستمرة مع المدرسة للتعرف على مشكلات أبنائها للعمل على المساهمة في حلها .

ج ـ الإجراءات الموجهة إلى المدرسة :

والمدرسة تضطلع بدورٍ كبير في وقاية الأطفال المتفوقين عقلياً من مشكلات سوء التكيف التي يتعرضون لها ، وذلك من خلال الكشف المبكر عن التفوق العقلي الموجود بين التلاميذ للعمل على تلافي كل ما يضعف أو يطمس قدراتهم

العقلية أو يوجهها في الاتجاه غير الصحيح . ولهذا يكون من واجب المعلم العمل على تشخيص قدرات التفوق العقلي لدى تلاميذه بشكلٍ مبكر وصحيح . مما يفيد في اختيار الموضوعات اللازمة والمناسبة التي تتحدى تفكيرهم وقدراتهم العقلية دون أن تتجاوز المستوى الذي لا يستطيع هؤلاء الوصول إليه ويعرضهم للإجهاد .

كما يجب على المعلم احترام الأفكار والإجابات غير العادية والتي يقدمها التلاميذ في أثناء حل المشكلات ، مما من شأنه أن يعزز لديهم الثقة بأنفسهم ، ويطور قدراتهم العقلية ، ويزيد من دافعيتهم للبحث والتنقيب . لذا يجب على المعلم أن يتعاون مع زملائه (خاصة إذا كان كل منهم يدرّس مادة متخصصة) لتحديد جوانب التفوق عند التلاميذ بشكلٍ دقيق ، وأن يتعاون أيضاً مع أسر التلاميذ المتفوقين من أجل التخطيط والتنفيذ الأمثل ، وإبعاد كل ما يمكن أن يعترض طريق المتفوقين من صعوبات .



المراجع

أولاً: المراجع العربية :

1- أبو النيل ، محمود؛ أحمد، محدة. الصحة النفسية .. الأمراض والمشكلات النفسية والاجتماعية، 1985.

2- آيزنك، هـــ. مشكلات علم النفس. ترجمة جابر عبد الحميد جابر، ويوسف محمود الشيخ . دار النهضة العربية ، 1964.

3- الحجار، محمد حمدي. أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي، بيروت، دار العلم للملايين ، 1987.

4- الحجار، محمد حمدي. المعين في الطب النفسي. دمشق: دار طلاس، 1988.

5- الحجار، محمد حمدي، الطب السلوكي المعاصر. بيروت: دار العم للملايين، 1989 .

6- حسين، محمد عبد المؤمن. مشكلات الطفل النفسية. ذار الفكر الجامعي، 1986.

7- حمودة، محمود. الطب النفسي – النفس أسرارها وأمراضها- مصر الجديد: مكتبة الفجالة، 1990.

8- حوراني، محمد حبيب. سيكولوجية المتفوقين والمبدعين . دمشق: مطبعة الاتحاد، 1992.

9- الخضري، نجيبة أحمد. قياس ضبط التوافق النفسي بين طلبة الجامع الحاصلين على الثانوية الفنية ونظرائهم الحاصلين على الثانوية العامة. جامعة القاهرة،

الجمعية المصرية للدراسات النفسية، بحوث المؤتمر الثالث لعلـــم النفـــس في مصر، 26-28 يناير، 1987.

10- الخليدي، عبد المجيد سعيد. الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية عنـــد الأطفال. صنعاء 1991.

11- خيري، أحمد. المخاوف الشائعة لدى الطلاب اليمنيين. دراسات نفســـية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، يوليو ، 1991.

12- دافيدوف، لندال. مدخل علم النفس. ترجمة ســـيد الطـــواب وآخـــرون. الرياض: دار ماكجروهيل، 1983.

13- دسوقي، كمال. علم النفس ودراسة التوافق. بيروت: دار النهضة العربيـــة، 1974.

14- ثابت، عبد الرؤوف. مفهوم الطب النفسي، القاهرة : الأهرام ، 1993.

15- الرفاعي، نعيم : الصحة النفسية- دراسة في سيكولوجية التكيف. دمشـــق: 1988.

16- الريحاني ، سليمان. معالجة التبول اللاإرادي سلوكياً - دراسة تجريبية علاجية -- مجلة العلوم الاجتماعية . العدد 3، أيلول، 1981، ص7- 25.

17- رمزي، إسحق. مشكلات الأطفال اليومية. القاهرة : دار المعارف، 1982.

18- زهران، حامد عبد السلام. الصحة النفسية والعلاج النفسي: القاهرة: عـــالم الكتب، 1974.

19- زهران ، حامد عبد السلام. علم نفس النمو، القاهرة: عالم الكتب، 2000.

20- زهران، حامد عبد اسلام . الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب، 1978.

21- سلطان، عماد الدين، وآخرون. بحث التأخر الدراسي في المرحلة الابتدائية. مركز البحوث الاجتماعية والجنائية، 1974.

22- سوين، ريتشارد، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة. علم الأمراض النفسية والعقلية. الكويت: مكتبة الفلاح، 1988.

23- السيد، عبد الحليم محمود وآخرون . علم النفس العام. القاهرة: مكتبة غريب، 1990.

24- السيد الهابط، محمد. التكيف والصحة النفسية . الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1994.

25- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. الإرشاد المدرسي. جامعة دمشق1994.

26- شيفر، شارلز؛ ميلمان، هوارد. ترجمة نسيمة داؤود، ونزيه حمدي. مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. عمان : 1919.

27- صالح ، أحمد محمد حسن. تقدير الذات وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين. الكتاب السنوي في علم النفس. المجلد السادس، الأنجلو المصرية، 1989، ص104-127.

28- الصراف، قاسم علي. علاقة كل من تعليم الأم وعمرها وعدد الأطفال في الأسرة بأساليب تربية الأبناء في البيئة الكويتية. مجلة جامعة الملك سعود، م3، العلوم التربوية (1)، 1991، ص 199-225.

29- الطيب ، محمد عبد الظاهر. العصاب القهري وتشخيصه باستخدام اختبار نفهم الموضوع. طنطا: مكتبة سماح، 1985.

30- عبد الباسط، عبد العزيز محمود. علاقة مصدر الضبط بالدافع للإنجاز لدى طالبات الكليات المتوسطة بسلطنة عمان. دراسات نفسية، ك2، ج4، أكتوبر، 1992، ص 549-575.

31- عبد الباقي ، سلوى. الاكتئاب بين تلاميذ المدارس، دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، يوليو، 1992، ك2، ج3، ص 437-479.

32- عبد الرازق، عماد. الأعراض والأمراض النفسية وعلاجها أطفال وأحداث- عمان : دار الفكر، 1987.

33- عبد القادر، محمود. التوافق النفسي والاجتماعي للشباب الكويتي ومشكلاته. رابطة الاجتماعيين، الكويت، 1975.

34- عبد الفتاح، يوسف. بعض مخاوف الأطفال ومفهوم الذات لديهم - دراسة مقارنة - مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 21، يناير؛ فبراير، مارس 1992.

35- عريفج، سامي. علم النفس التطوري. عمان : دار مجدلاوي، 1987.

36- عكاشة، أحمد. الطب النفسي المعاصر، القاهرة: الأنجلو المصرية، 1976.

37- عمارة، الزين عباس. مدخل إلى الطب النفسي. بيروت: دار الثقافة، 1986.

38- عودة، محمد؛ مرسي، كمال إبراهيم. الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام. الكويت: دار القلم، 1984.

39- العيسوي، عبد الرحمن. أمراض العصر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية ، 1984.

40- العيسوي، عبد الرحمن. الإرشاد النفسي. الإسكندرية : دار الفكر الجامعي، 1990.

41- الغزي، حسين فيصل. علم نفس الطفولة والمراهقة . دمشق: مطبعة جامعة دمشق، 2000.

42- الفقي، حامد عبد العزيز. دراسات في سيكولوجية النمو. القاهرة: عالم الكتب، 1999.

43- فهمي، مصطفى. أمراض الكلام. القاهرة: مكتبة مصر، 1975.

44- فهمي، مصطفى : علم النفس الإكلينيكي. مكتبة مصر، 1967.

45- قشقوش، أ؛ منصور، ط. دافعية الإنجاز وقياسها. القاهرة: الأنجلو المصرية، 1979.

46- القوصي، عبد العزيز. أسس الصحة النفسية. القاهرة: النهضة المصرية، 2000.

47- كامل، عبد الوهاب محمد. أسس تنظيم السلوك . طنطا: المكتبة القومية الحديثة، 1980.

48- كامل، عبد الوهاب محمد. سيكولوجية التعلم والفروق الفردية. القاهرة: النهضة المصرية، 1993.

49- كفافي، علاء الدين . تقدير الذات في علاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي. دراسة في عملية تقدير الذات. المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد 30، المجلد 9، 1989، ص 100-129.

50- كفافي، علاء الدين . التنشئة الوالدية والأمراض النفسية - دراسة أمبيريقية - كلينيكية. القاهرة: هجر، 1989.

51- كمال، علي . النفس: أمراضها وانفعالاتها . ط2، بغداد : دار واسط للنشر والتوزيع، 1983.

52- كولز، إ.م. ترجمة الدماطي، عبد الغفار عبد الحكيم؛ وآخرون . المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي. الإسكندرية : دار المعارف الجامعية، 1992.

53- المليجي، عبد المنعم. المليجي، حلمي. النمو النفسي، بيروت: دار النهضة العربية، 1980.

54- المغربي، سعد. حول مفهوم الصحة النفسية أو التوافق. مجلة علم النفس، العدد 23، يوليو - أغسطس- سبتمبر، 1992، ص 6-17.

55- محسن، خليل. الأمراض العصبية والنفسية عند الأطفال والأولاد - أسبابها وطرق علاجها. بيروت : دار الكتب العلمية، 1988.

56- محمد، بجدة أحمد محمود. دراسة كشفية لمشكلتي الخوف والكذب لدى الأطفال. مجلة علم النفس المعاصر، المجلد الثاني، العدد الخامس، اكتوبر - ديسمبر، جامعة المنيا، كلية الآداب ، 1992.

57- مرسي، سيد عبد الحميد. الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني. القاهرة: 1976.

58- مسن، بول؛ وجون كونجر، وجيروم كاجان؛ ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة. أسس سيكولوجية الطفوله والمراهقة. الكويت. مكتبة الفلاح، 2001.

59- معوض، خليل ميخائيل. سيكولوجية النمو – الطفولة والمراهقة. الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، 1983.

60- منصور ، طلبت؛ وآخرون: أسس علم النفس العام . القاهرة : الأنجلو المصرية، 1981.

61- منصور، محمد جميل بوسف. التخلف الدراسي في المرحلة الابتدائية. دراسة مسحية في البيئة السعودية ، مركز البحوث التربوية والنفسية، كلية التربية بمكة المكرمة ، 1979.

62- منصور، محمد جميل يوسف. قراءات في مشكلات الطفولة. تهامة، جدة، 1981.

63- موسى، ر.ع. دراسة أثر بعض المحددات السلوكية على الدافعية للإنجاز. مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1990، 154،60،81.

64- نجاتي، محمد عثمان. المدنية الحديثة وتسامح الوالدين (بحث حضاري مقارن) القاهرة: دار النهضة العربية ، 1984.

65- هرمز، صباح حنا؛ إبراهيم ، يوسف حنا. علم النفس التكويني – الطفولة والمراهقة. جامعة الموصل : دار الكتب للطباعة والنشر، 1988.

66- ياسين ، عطوف. علم النفس العيادي. بيروت: دار العلم للملايين، 1981.

67- ياسين ، عطوف. أسس الطب النفسي الحديث. بيروت: مؤسسة بحسون الثقافية، 1988.



ثانياً : المراجع الأجنبية :

Ackerman, N. **The Psychodynamics of the family life.** Basic- Books, ins. N.Y, 1958.

- Asbury, Charles, A. **Selected Factors influencing over- and under-achievement in yong school- age children.** Review of educational research 44, 1974, pp. 409- 428.
- Ascher, E. **Motor Syndromes of Funcitonal or undeterminend origin.** Tics, Cramps, Gillesdela Tourette's disease, and others. Ins. Avieti (ed.) American Hand book of Psychiatry, 2nd ed n. Vol. 3: Adult Clinical Psychiatry. Basic Books, New York.
- Ayllon, Teodoro and Kelly, Kathy. **Effects of reinforcement on standardized test Performance.** Journal of Applied Behavior Analysis 5. 1972, pp. 477- 484.
- Azrine, N. H. and Nunn , R. G. **Habit reversal: A method of Climinating nervous habits and tics «Behavior research and therapy».** 1973, pp. 619- 628.
- Barton Hall, M. **Psychiatric examination of the school child.** London: Edward Arnold, 1947.
- Baier, H. **Einfuhrung in die Lernbehinderten Pädagogik.** Stuttgart, 1980.
- Bateson, G. Jackson, D. Haley, H. and Weakland, J. **A note on the Double bind.** Family Process, 1963, 2, 154- 171.
- Bellman, M. **Studies on encopresis, Acta Pediatrica Scandinavia Supplement.** 170, 1966, p.121.
- Berg, I. **Day Wetting in Children** .Journal of child, Psychology and Psychiatry, 1979, 20, P. 167- 173.
- Bowen, M. Dysinger, R. Brodey, W. and Basamania, B. **The Family as the unit of Study and treatment.** Amer. J. Orthopsychiat, 1961, 31, 40- 86.
- Bullock, J. **The Relationship between Parental perceptions of the**

Family Environment and children's perceived competence. Child Study Journal, 18, 1988, 17- 31.
- Brazelton, I. B. **Sucking in infancy.** Pediatrics, 1956, 17, P. 400- 404.
- Cotler, S. **The effects of Positive and negative reinforcement and test Anxiety on the reading performance of male elementary school children, gent Psychol.** Monographs, 1969, 80, 29- 50.
- Curran, D. **Partridge and Story. Psychological Medicine.** 7th (ed), Edinburgh: churchill Livingstone, 1972.
- Dann, H.D. **Agression und Leistung.** Stuttgart, 1972.
- Davis, H.V. Sears, R. R. Miller, H.C. and Brodbeck, A.J. **Effects of cup, bottle and breast feeding on orale activities of newborn infants** Pediatrics, 1948, 3, 459- 558.
- Davies, J. M. **Atwo- Factor theory of schizophrenia.** Journal of Psychiatric resarch, 1974, 11, 25- 30.
- Dollard, J.; Doob, L. W. Miller , N.E., Mowrer, O.H, and Sears, R. R. **Frustration and Aggression.** Yal University, Press, New Haven, 1939.
- Dominian, Jack.)**Depression william collins and co, Ltd.** Glasgow, London, 1976.
- Dumas, Tean, E & Others. **Behavioral correlates of Maternal Depressive sumptomatology in conduct- Disorder children.** Journal of consulting and clinical Psychology, 1989 (V57, n4516 - 21 Aug).
- Erikson, E. **Childhood and Society.** 2 nd. ed. New York, Norton, 1963.
- Esman, A. H. **Nocturnal enuresis.** Journal of child Psychiatry, 16, 1977, pp. 150- 158.
- Eysenck, H.J., and Rachman. **Th caces and cures of Neurosis.** Routledge and Kegan Paul, London, 1965.
- Feshbach,s. **The Function of aggression and regulation of the aggressive drive.** Psychological Review, 71, 257- 272.
- Fox, L.H. **Die Zeiten ändern sich.** Berlin, 1987.
- Ghodsion, M. and Others. **Alontudinal Study of Maternal Depression and child behavior Problems.** Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied discipline, 1984, V25, N1 P. 91- 109, Jan.
- Göth, N. **Spzielle Verhaltensstonngen bei lern und verhaltens Störungen bei Schülern.** Berlin, 1984.
- Hadfield, J. A. **Psychology and mental health.** London, Allen & Un-

win, 1950.
- Heaven, P. **Attitudinal and Personality correlates of Achievement Motivation among high school Students.** Personality and individual Differences, 1990, N11, 705- 710.
- Hurlock, E. B. **Developmental ,Psychology.** New Delhi, 1981.
- Johnson, L. R. **The status of thumb-sucking and finger sucking. J. Amer.** Dent. Ass. 1939. 26, p. 1245- 1254.
- Johnson, S. M. et al. **How deviant is the normal child ? Abehavioral analysis of the preschool child and his Family. «In Advances in Behavior therapy.** Vol. 4. Rubin, R.D. Brody, J.P., and Henderson, J. D. eds. Academic Press, New York, 1973.
- Kagan, J. **Children's Perception of Parents; J.Abnor. Social Psychology.** 1956, P. 257. 259.
- Kauffman, G. M. **Characteristics of children's behavior disorders,** (2nd ed.) London, Charles, E. Merrill Pub., comp., 1981.
- Klackenberg, G. **Thumb- Sucking. Freequency and etiology Pediatrics.** 1949, 4 , P. 418- 424.
- Kohn, M. **Class Conformity: A study of values.** Homewood, I11: Dorsey, 1989.
- Kolb, L.C. **Modern Clinical Psychiatry.** 7 th ed- Philadelphia. Illustrated Saunders WB. 1968.
- Kunst, Mays. **A Study of Thumb- and Finger- Sucking in infants.** Psych. Manager, 1948, 3.
- Lefkowitz, Monroe.& Testing Edward. **Rejection and Depression. Prospective and Contemporareaus Analysis.** Developmental Psychology, 1984, V20n5 P.776- 85, Sep.
- Levy, D.M. **Meternal over protection**, New York. Columbia University Press, 1943.
- Lewis, S. J. **Thump- Sucking. Acuse of malocclusion in the deciduous teeth. J. Amer.** Dent, Ass. 1930, 16, 1060 - 1072.
- Lewis, S. J. **Undesirable habi^ts influencing the deciduous dentition. J. Amer,** Dent. Ass. 1930, 17, 1060- 1072.
- Lipsitt, L. **A self- Concept scale for children and its relationship to the children's form of the manifest anxiety Scale.** Child Development, 1958, 29, P. 463- 472.
- Maureen, J. F.& Harris, M.C. **Locus of control and Academic Achievement. Aliterature Review J. Personality and Social Psycholo-**

gy. ,1983, V44. N2, P. 419- 427.
- Moyer, Kenneth. **News and comment Human Nature.** 1978, 1 (1), 16.
- Mullis, R. and Mullis, A. **Reports of child Behavior by Single Mothers.** Child Study Journal, 17, 1987, 211- 224.
- Murphy, L. **Later Outcomes of Early Infant and Mother Relationships.** In L. Stone, H. Smith, and Murphy, eds. **The Competent infant and comentary.** New York: Basic Books, 1973.
- National Institute of Mental Health. **Causes, Detection and treatment of Childhood Depression.** N. MH, Washington, D.C. 1979.
- Nelms, Barbara Crew. **A comparison of chronically ill and Non- ill school age children on Measures of Embathy, Emotional Responsiveness, Depression Aggression, and Self Concept as Ma.** Diabets' Millitus, University of California, Los Angles, 1985, 0031, Degree, Phd.
- Passow, A. H. **Hochbegabten förderung in internationaler Perspective.** Bonn, 1986.
- Peake, Yarrow; Marian & Others. **Patterns and Attachment in two and three years old in normal families and families with perental Depression.** Child Develepcment 1985, V56, N4, P. 884. 894.
- Rosenberg, M. **Conceiving The Self.** New York: Basic Books, 1979.
- Safran, Stephen, P. Lehman, Cynthia, J. **Suicidal behavioral in Preadolecent children.** A Growing concern- B.C. Journal of Special Education, 1987, V11, n1, p17- 22.
- Sarson, I. **The effects of anxiety and threat on the Solution of adifficult task, J. Abnorm.** Soc. Psychol. 1961, 62, 63, 165- 168.
- Schaefer, C., E. **Childhood Encopresis and enuresis causes & therapy.** Van Nostand Reingoldn- New York, 1979.
- Sears, R. R.; and Wise, G. W. **Relation of cup Feeding in infancy to thumb- Sucking and the oral drive. Amer.** J. Orthopsychiat, 1950, 20, P. 123- 138.
- Shulman, B. **Essays on Schizophrenia.** William and William, co, Baltimore, 1968.
- Spiegel; J. Bell, N. **The Family of the Psychiatric patient.** In Arieti (Ed) American Hand book of Psychiatry. Basic Books inc. N. Y. 1967.
- Spielberger, C. D. **Test Anxiety inventory.** Preliminary Professional manual, consulting Psychologists, Press, 1980, inc.

- Sullivan, H. S. **The interpersonal theory of Psychiatry.** Washington, D.C. White Psychiatric fundation, 1953.
- Torance, P. E. **Hochbegabungskonzepte.** , Hannover, 1982.
- Valenstine, E.S.; Riss, and Young, W. C. **Experimental and genetic factors in the organisation of sexual behavior in male guinea Pigs, J. Comp.** Physiol. Psychol., 1955, 48, P. 397- 403.
- White, B. and J. Watts. **Experience and Environment: Major influences on the Development of the Yound child.** Engle Wood Cliffs, N. J.: Prentice- Hall, 1978.
- Wolman , B. **The Families of Schizophrenics Patients.** Acta. Psychotherapy, 1970, 9.
- Wolpe, J. **Psychotherapy by Reciprocal inhibition.** Stanford University, Press, 1958.
- Wolpe, J. **The Experimental model and treatment of the neurotic Depression.** Behavior Research and Therapy, 1979, Vol. 17, PP. 555-565.
- Yarrow, L. J. **The relationship between nutritive sucking experiences in infancy and non nutritive sucking in chilhood** , J. Genet. Psychol., 1954, 84, P. 149- 162.
- Yets, A. J. **Tics. In : C.G. Costello (ed.) Symptoms of Psychopathology.** A Hand book. John Wiley, New York. 1970.

الفهرس

الفصل الرابع : أهم الأمراض النفسية عند الأطفال

الفصل الخامس : المشكلات السلوكية عند الأطفال

الفصل السادس : المشكلات النفسحركية (النفسية - الحركية) عند الأطفال

الفصل السابع : مشكلات السلوك اللااجتماعي عند الأطفال

الفصل الثامن : المشكلات الدراسية عند الأطفال



هذا الكتاب

صدر كتب كثيرة في موضوع هذا الكتاب غير انها كانت اجتهادات وتكهنات وتحليلات اكثر منها كتب اكاديمية تهم المدرس والدارس حسب متطلبات المناهج الجامعية الاكاديمية والكليات الوسيطة لهذا كان لزاما ان نقدم كتابا راسخا في منهجه واضحا في معلوماته، ومرجعا اكيداً لكل من يدرس او يدرس هذا المساق الهام.

الناشر



